



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Efectividad de la interacción enfermera - paciente en la reducción del estrés en escolares quirúrgicos. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Centro Quirúrgico

AUTOR

Ybarra Suny Magaly PONCE BALDEON

ASESOR

Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima, Perú

2017



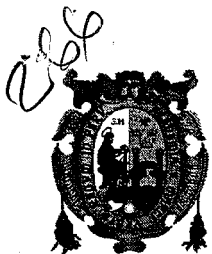
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ponce Y. Efectividad de la interacción enfermera - paciente en la reducción del estrés en escolares quirúrgicos. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016. [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : PONCE BALDEON YBARRA SUNY MAGALY ✓

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "EFECTIVIDAD DE LA "INTERACCIÓN ENFERMERA -
PACIENTE EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS" EN ESCOLARES QUIRÚRGICOS.
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2016. ✓

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO ✓

Lima, 02 de febrero de 2017 ✓

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO ha
examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado
con nota de:

DIECISIETE (17)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

M^g. MARIA F. QUIROZ VASQUEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)

MG. TULA ESPINOZA MORENO

LIC. ESP. EVA BERRIOS PACHECO



Mary

**EFFECTIVIDAD DE LA “INTERACCIÓN ENFERMERA - PACIENTE EN
LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS” EN ESCOLARES QUIRÚRGICOS.
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2016**

Dedicatoria

A aquellos niños, que son víctimas del abandono familiar, social y del estado, que a su corta edad enfrentan la vida en un mundo de adversidades.

A los niños que se enfrentan al estrés de una cirugía sin una debida preparación emocional.

Agradecimiento

A la vida, que día a día proporciona experiencias enriquecedoras, que nos enseñan a ser mejores personas.

A mis maestras de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en especial a la Mg Tula Espinoza Moreno, que fue mi guía en la realización de la presente Investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Índice de Gráficos	7
Resumen	9
Abstract	10
Presentación	11
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	13
1.1 Situación Problemática	13
1.2 Formulación del Problema	16
1.3 Justificación/Importancia	16
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes de investigación	19
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Definición operacional de términos	49
2.4 Planteamiento de la hipótesis	51
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	53
3.1 Tipo y diseño de estudio	53
3.2 Lugar de estudio	55

3.3 Población de estudio	55
3.4 Unidad de análisis	56
3.5 Muestra y muestreo	56
3.6 Criterios de Selección	56
3.6.1 Criterios de Inclusión	56
3.6.2 Criterios de Exclusión	57
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
3.8 Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discusión	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
5.1 Conclusiones	73
5.2 Recomendaciones	74
5.3 Limitaciones	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1	Dolor de espalda o cuello en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la “Interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés”. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	60
2	Dolor de cabeza en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	61
3	Dolor de estómago en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	62
4	Prurito, escozor en el cuerpo en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés	63
5	Presión en el pecho en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	64
6:	Sudor de manos en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	64
7:	Temor en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	65

8	Presión sistólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	66
9	Presión diastólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	67
10	Frecuencia cardiaca en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	68
11	Frecuencia respiratoria en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	69

RESUMEN

EFFECTIVIDAD DE LA "INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS" EN ESCOLARES QUIRÚRGICOS. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2016

Autora: Lic. Ponce Baldeon Ybarra, Suny Magaly

Asesora: Mg. Tula margarita Espinoza Moreno

Objetivo: Evaluar la efectividad de la interacción enfermera-paciente, en la reducción del estrés en escolares quirúrgicos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016.

Metodología: Estudio cuantitativo, aplicativo, cuasi experimental y longitudinal, en el que se tomó a 40 escolares quirúrgicos divididos en dos grupos: experimental (20 escolares) en el que se realizó la interacción enfermera-paciente y control (20 escolares) se siguió la rutina establecida. Para análisis bivariado, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y el chi cuadrado cuyo valor p menor a 0.05 se consideró significativo.

Resultados: Los síntomas de estrés como el dolor de estómago (Pre In: $p=0.008$; Post Op: $p=0.047$), el prurito y escozor en el cuerpo (Pre In: $p=0.017$; Post Op: $p=0.008$), el sudor de manos (Pre In: $p=0.000$; Post Op: $p=0.000$) y el temor (Pre In: $p=0.008$; Post Op: $p=0.047$), tuvieron diferencia significativa en ambos grupos en los momentos de la pre-inducción anestésica y del post-operatorio inmediato. La presión arterial diastólica mostró diferencia significativa en ambos grupos en la fase pre-inducción anestésica ($p=0.012$) y post-operatorio inmediato ($p=0.001$). La frecuencia cardiaca mostró una diferencia significativa en ambos grupos en la fase pre-inducción anestésica ($p=0.003$) y post-operatorio inmediato ($p=0.005$). La frecuencia respiratoria mostró una diferencia significativa en ambos grupos en el post-operatorio inmediato ($p=0.001$).

Conclusiones: El proceso de interacción de la enfermera-paciente, en la reducción del estrés en escolares quirúrgicos atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2016 tuvo un efecto positivo, pues los pacientes escolares quirúrgicos a quienes se les realizó la intervención mostraron en menor porcentaje signos y síntomas de estrés, conforme se desarrollaba su atención, así también sus funciones vitales se mantuvieron menos variables en comparación del grupo que no participó de la intervención.

Palabras Claves: Interacción enfermera-paciente, estrés, efectividad, reducción.

ABSTRACT

EFFICIENCY OF THE " INTERACTION NURSE - PATIENT IN THE REDUCTION OF THE STRESS " IN SURGICAL STUDENTS. NATIONAL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2016

Author: Lic. Ponce Baldeon Ybarra, Suny Magaly

Adviser: Mg. Tula margarita Espinoza Moreno

Objective: nurse - patient Evaluates the efficiency of the interaction, in the reduction of the stress in surgical students, in the National Hospital Daniel Alcides Carrión. 2016.

Methodology: quantitative, applicative Study, cuasi experimental and longitudinal, in that one took 40 surgical students divided in two groups: experimental (20 students) in that nurse - patient carried out the interaction and control (20 students) followed the established routine. For analysis bivariado, the test was in use Or of Mann-Whitney and the square chi whose value p minor considered 0.05 to be significant.

Results: The symptoms of stress like the stomachache (Pre In: $p=0.008$; Post Op: $p=0.047$), the pruritus and burning in the body (Pre In: $p=0.017$; Post Op: $p=0.008$), the hand sweat (Pre In: $p=0.000$; Post Op: $p=0.000$) and the dread (Pre In: $p=0.008$; Post Op: $p=0.047$), they had significant difference in both groups in the moments of the anesthetic pre-induction and of the postoperative immediate one. The arterial pressure diastólica showed significant difference in both groups in the phase anesthetic pre-induction ($p=0.012$) and postoperative immediately ($p=0.001$). The cardiac frequency showed a significant difference in both groups in the phase anesthetic pre-induction ($p=0.003$) and postoperative immediately ($p=0.005$). The respiratory frequency showed a significant difference in both groups in the postoperative immediate one ($p=0.001$).

Conclusions: The process of interaction of the nurse - patient, in the reduction of the stress in surgical students attended in the National Hospital Daniel Alcides Carrión during the year 2016 it had a positive effect, so the school surgical patients to whom they the intervention was realized showed in minor percentage signs and symptoms of stress, similar his attention was developing, this way also his vital functions were kept less variable in comparison of the group that did not take part of the intervention.

Keywords: Interaction nurse - patient, stress, efficiency, reduction.

PRESENTACIÓN

La salud es considerada como un estado dinámico; por tanto, oscilante entre los diferentes estadios dentro de un continuum de salud-enfermedad, de manera tal que muchas veces la tendencia se inclina hacia la salud o hacia la enfermedad, por tal motivo para mantenerse en equilibrio el ser humano debe adaptarse a circunstancias internas y externas que le generan diversos niveles de estrés, en este proceso de adaptación hace uso de los recursos que posee y en ciertas circunstancias a de ser necesario la ayuda de externos.

Sin exclusión alguna, toda intervención quirúrgica constituye un factor generador de estrés para el paciente, en especial si este es un niño, por la característica peculiar de dependencia propia de la edad y porque lo enfrenta a situaciones desconocidas, generándole una sobrecarga excesiva de adrenérgicos, lo que se evidencia en variaciones fisiológicas evidentes y otros que experimenta la persona. Asimismo, toda persona sin importar cuál sea su edad necesita ser debidamente preparado de manera integral para los procedimientos hospitalarios y entre ellos los quirúrgicos, cuando la preparación es apropiada el miedo a lo desconocido se minimiza, reduciéndose el estrés, sobre todo en los niños que por su misma edad aún se encuentran en proceso de entendimiento y aprendizaje de experiencias; por tanto los profesionales y personal sanitario en general deben ayudarlo a que él sienta que es capaz de dominar una experiencia que podría significarle traumatizante desde el punto de vista emocional.

En este contexto, la o el enfermera(o), juega un rol transcendental en la atención integral de los pacientes quirúrgicos, que incluye la preparación física y preparación psicológica para enfrentarse ante la experiencia de ser sometidos a una intervención quirúrgica, por tanto, esta preparación busca movilizar y potencializar en el paciente, sus recursos propios de afrontamiento y dominio ante esta experiencia.

Para el logro de lo expuesto es necesario que, la o el enfermera(o) desarrolle habilidades para la interacción enfermero - paciente, el mismo que se caracteriza por un apoyo efectivo, basado en una comunicación asertiva; de manera tal que su acercamiento sea significativo y enriquecedor para esa persona que demanda sus cuidados integrales.

La presente investigación titulada: Efectividad de la “Interacción Enfermera-Paciente en la Reducción del Estrés” en Escolares Quirúrgicos. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016, tuvo como propósito proponer una guía de interacción enfermera-paciente, que permita contribuir a que el paciente escolar desarrolle y/o afiance mecanismos de afrontamiento asertivos ante la experiencia estresante que implica enfrentarse a una cirugía, repercutiendo de manera favorable en su proceso de recuperación y en el impacto psico - económico de su unidad familiar. Se busca de esta manera mejorar los cuidados de la enfermera que labora en centro quirúrgico hacia el paciente escolar que será intervenido quirúrgicamente.

La presentación del mismo se ha organizado en cinco capítulos; CAPITULO I: INTRODUCCION, que aborda situación problemática; formulación del problema, justificación e importancia, objetivo general y objetivos específicos. CAPITULO II: MARCO TEORICO, donde se considera los antecedentes, bases teóricas, definición operacional de términos y planteamiento de la hipótesis. CAPITULO III: METODOLOGÍA, donde se especifica tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de la información. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN, en el cual se presenta los resultados de la investigación y la discusión de los mismos. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, que presenta las conclusiones, recomendaciones y limitaciones arribadas de la investigación. Y por último REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS y ANEXOS.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Toda intervención quirúrgica constituye una fuente de estrés psicológico para los pacientes, en especial si el paciente es un niño, porque lo enfrenta a situaciones desconocidas, experimentando diversas sensaciones de temor expresadas en ansiedad o estrés, lo cual altera su normal proceso de adaptación psicológica a las circunstancias de la vida diaria, ya que lo conlleva a interpretar los riesgos inminentes de una cirugía así como tener que sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria.

Cabe recalcar que estos cuadros de temor y estrés no resueltos, antes de la intervención quirúrgica, pueden afectar al niño en su respuesta a las drogas anestésicas, alterar sus funciones vitales tales como la presión arterial, frecuencia cardíaca o frecuencia respiratoria ya sea antes, durante y luego de la operación, así como el proceso de cicatrización de sus heridas y su recuperación postoperatoria; también puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el personal de salud (entre ellos los enfermeros), uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad (Escamilla, 2005).

Por ello, la labor del personal de enfermería y dentro de ellas de las(os) enfermeras(os) es muy importante para el niño que será sometido a una operación quirúrgica, ya que, es el profesional de salud más cercano que le puede proporcionar ayuda y soporte en dicho proceso, es este personal quien va a identificar sus temores, resolver sus dudas, darle afecto y afianzamiento y reducir así sus niveles de estrés y de ansiedad.

Lo antes dicho se confirma con un trabajo de investigación realizado por Mora (2015), en la que concluye que la intervención del personal de enfermería dando información a los pacientes pre quirúrgicos, disminuye los niveles de ansiedad perioperatorios y el dolor postoperatorio. Asimismo, Orihuela I, Pérez J, Aranda (2010) afirman que los pacientes que han recibido información adicional, en una visita estructurada en la etapa pre quirúrgica, presentan niveles de ansiedad y estrés inferiores estadísticamente significativos que los que reciben información habitual.

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión aproximadamente se intervienen al mes a 20 niños para cirugías de baja complejidad, mostrándose la mayoría de ellos aprensivos, nerviosos y poco colaboradores en la fase previa de la cirugía y mostrando una alteración de sus funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) tanto durante la intervención como en la recuperación de la misma.

Dentro del equipo de salud, es la(el) enfermera(o) el responsable de recepcionar a los niños que van a ser intervenidos quirúrgicamente, teniendo la labor más loable, humana y cercana al prepararlos física y psicológicamente antes de la operación a la que serán sometidos; sin embargo se ha venido observado que el tiempo que disponen para realizar la interacción con ellos es muy exiguo, resultando no suficiente para calmar su estado de angustia, temor, llanto e irritabilidad, especialmente cuando son separados de sus padres o familiares al ser trasladados del área de recepción de pacientes al quirófano, lo cual dificulta el trabajo del anestesiólogo y del equipo quirúrgico de enfermería, amenazando además su propia integridad física y psicológica. Por otro lado se observa en el post operatorio inmediato niños que se quejan de cefaleas, con náuseas, vómitos, con picos de presión elevada, con palpitaciones y que expresan temor a respirar normalmente. Estas observaciones sistemáticas de la realidad en el comportamiento de los

niños, fue la que despertó muchas interrogantes relacionadas a los factores que pudieran ser causales de producir cuadros de estrés en ellos y de qué manera se podría intervenir para que tanto la intervención quirúrgica como la recuperación de los niños quirúrgicos pudieran ser más óptimos para los mismos, como más satisfactorio para el equipo quirúrgico, motivando la búsqueda de información sobre las necesidades biopsicoafectivas de los niños de edad escolar (de 6 a 11 años) y la influencia que pudiera tener una preparación preoperatoria planificada a través de un modelo o protocolo de intervención, realizada anteladamente en vez de un abordaje rutinario inmediato (antes de la intervención quirúrgica y de baja complejidad) que es lo que usualmente, por cuestiones de tiempo, las (los) enfermeras(os) del hospital sede del presente estudio suele realizar en la práctica diaria.

Surgen por tanto interrogantes acerca de las observaciones realizadas tales como ¿que significara para los niños una intervención quirúrgica?, ¿será bueno que sepan a qué se van a enfrentar?, ¿si se les prepara psicológicamente estarán mejores preparados para afrontar la intervención quirúrgica?, ¿es igual o diferente las reacciones de los niños cuando se les explica acerca de la intervención y los pasos y procedimientos que cuando ingresan a la intervención sin saber nada?, ¿será importante contar con un protocolo acerca de cómo realizar la preparación pre quirúrgica de los niños que incluya la preparación psicológica?, ¿se requerirá unificar algunos aspectos a considerar para la preparación psicológica de los niños? O que cada enfermera continúe realizándolo por iniciativa y contenido propio donde enfatiza la preparación física y menoscaba la preparación psicológica? ¿Variaran la forma de reaccionar de los niños en el pos quirúrgico de acuerdo al tipo de preparación que han recibido?

Estas preguntas producto de las inquietudes frente a la situación observada, han permitido plantear la pregunta de investigación que ha quedado bosquejada de la siguiente manera.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de la “Interacción Enfermera- Paciente en la Reducción del Estrés” en escolares quirúrgicos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La relación enfermero- paciente, debe basarse en un enfoque holístico y humano según Jean Watson, proporcionando cuidados físico-psicológicos sociales y espirituales, que permitan crear una atmósfera de confianza, calma y bienestar para el paciente. Estos cuidados deben aplicarse aún más en aquellos usuarios en situaciones de salud muy delicadas, como es el caso de los pacientes pediátricos, entre ellos los escolares, que serán sometidos a una intervención quirúrgica, lo cual hace la labor de la enfermera una labor ardua, importante y humanista.

Si bien hay investigaciones acerca de los cuidados que brinda el profesional de enfermería y sobre la satisfacción del paciente que los recibe, son pocos los trabajos que hablan sobre el papel del enfermero en la reducción de los niveles de estrés en los pacientes escolares atendidos por ellos, que van a ser operados.

Por ello el presente estudio de investigación busca dar conocer, como a través de la interacción enfermera - paciente escolar quirúrgico, basado en la Teoría de Imogene King (teoría de Logro de Metas) se puede reducir los niveles de estrés en estos pacientes; de manera tal que permita la ampliación de conocimientos científicos sobre este tema y sobre la teoría

mencionada, que podrían ser aplicados por enfermeras de otros servicios en su práctica profesional o ser tomado en cuenta para otros estudios relacionados.

Los resultados obtenidos permitirán implementar o mejorar protocolos de atención de enfermería a pacientes quirúrgicos pediátricos, asegurar su bienestar, garantizar un cuidado de enfermería de calidad, satisfacer las necesidades de los usuarios que recurren a él; así como optimizar el uso de los recursos del hospital (humanos o materiales) para abordar mejor la demanda de atención que tiene actualmente la institución sede de la presente investigación.

Los resultados de esta investigación permitirán asimismo mejorar la labor del personal de enfermería en centro quirúrgico, ya sea en la toma de decisiones sobre el tratamiento a dar al paciente o en la planificación de visitas en el pre-operatorio mediato, permitiendo la prevención de complicaciones en el niño intervenido quirúrgicamente y favoreciendo que la recuperación de éste sea mucho más rápida, lo cual será evidenciado en un periodo de convalecencia menor al habitual y con manifestaciones atenuadas o nulas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la efectividad de la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés” en escolares quirúrgicos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el año 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar diferencias en los signos y síntomas de estrés durante el periodo pre operatorio mediato, en escolares quirúrgicos que

participaron y no participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés”.

- Identificar diferencias en los signos y síntomas de estrés durante el periodo de pre inducción anestésica, en escolares quirúrgicos que participaron y no participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés”.
- Identificar diferencias en los signos y síntomas de estrés durante el periodo post operatorio inmediato, en escolares quirúrgicos que participaron y no participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés”.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

INTERNACIONALES:

García Salas Alexander, Álvarez Fornaris Miguel, Arias Hernández Regla y Marín Varona Madeleine (1996), investigaron sobre Estrés quirúrgico y atención de enfermería en el hospital universitario "Calixto García Iñiguez".

Teniendo en cuenta la importancia de disminuir los efectos indeseables del estrés quirúrgico, se diseñó un estudio del comportamiento de las variables frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y temperatura en 60 pacientes del Servicio de Urología y de Ortopedia (55 y 5 respectivamente) sometidos a operaciones de cirugía mayor, en el período de enero a junio de 1996, antes y después de la operación. Se trató además, el grado de satisfacción con la atención recibida. Los resultados de las 4 variables antes y luego de la operación durante 4 días, fueron comparados mediante el test de análisis de varianza de una vía, y se obtuvo disminución significativa de todas ellas ($p < 0,001$), no atribuibles los cambios de la frecuencia cardíaca al descenso de la temperatura y probablemente determinados por el alto grado de satisfacción con la atención recibida mostrado por los pacientes, así como a la ausencia de complicaciones. Estos resultados evidencian la importancia de una adecuada relación personal médico-paciente en la normal evolución de los casos.

Rodríguez M, Dearmas A, Sauto S, Techera S, Perillo P, Suarez A y Berazategui R. (2005) en Uruguay, mediante el estudio "Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional", buscaron demostrar el beneficio de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños de edad escolar enfrentados a una cirugía de coordinación.

Estudio comparativo que con 30 pacientes con edades entre 5 y 12 años divididos en dos grupos de 15 niños: un grupo testigo, que recibió información básica, sin intervención psicológica; y un grupo muestra, que recibió información detallada, con intervención psicológica. Se midieron parámetros fisiológicos como la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA) para determinar el impacto emocional que conlleva el enfrentar un tratamiento quirúrgico. Dentro de los resultados se encontró que Dentro del GT, la variación de la FC y de la PAM fueron extremadamente significativas (p menor de 0,0001) y muy significativas (p menor de 0,0009) respectivamente. En cambio, dentro del GM la variación de la FC y de la PAM no fueron significativas (p mayor de 0,1 y de 0,8 respectivamente). Concluyeron que existe una correlación estadísticamente significativa entre las modificaciones de los parámetros biológicos (FC y PAM) y la existencia o no de una preparación psicológica previa a un tratamiento quirúrgico (PQ).

Oliva K, Cenoz E, Enseldo E, Núñez J, Osorno C y Alfaro P. (2014) en México, realizaron una investigación titulada “Influencia del estrés sobre los signos vitales en pacientes pediátricos tratados con anestesia dental” con el objetivo de determinar el efecto del estrés sobre los signos vitales de pacientes pediátricos sometidos a rehabilitación odontológica de corta duración, con infiltración de lidocaína con epinefrina. Fue un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal donde se incluyeron 35 pacientes. Los resultados mostraron que el grado de estrés que presentaron se identificó como leve en un 31.43%, moderado en 31.43%, severo en 22.86% y nulo en 14.28%. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las primeras y segundas mediciones de frecuencia cardíaca ($p = 0.0001$), frecuencia respiratoria ($p = 0.0001$), tensión arterial sistólica ($p = 0.0001$) y tensión arterial diastólica ($p = 0.0003$). Se identificaron diferencias significativas entre grado de estrés y frecuencia cardíaca inicial ($p = 0.0001$), frecuencia respiratoria inicial ($p = 0.0001$) y tensión arterial sistólica inicial ($p = 0.006$). Del mismo modo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los cambios

cuantitativos de la frecuencia respiratoria inicial y final respecto a los niveles de estrés ($p = 0.02$).

Fernández K, Machado C, Fernandes V y Salazar M. (2013) en Brasil, realizaron un trabajo de investigación titulado “Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería” con el objetivo de identificar los factores estresantes en pacientes ingresados en dos Unidades de Cuidados Críticos; para ello diseñaron un estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo en la que participaron 16 pacientes y 50 colaboradores de enfermería a quienes se les realizó cuestionarios validados. En los resultados se encontraron que los factores más estresantes para los pacientes fueron relacionados con quedarse mirando para el techo; no tener privacidad; no saber en qué día está, y escuchar los gemidos de otros pacientes. Los colaboradores de enfermería relataron realizar importantes acciones de humanización en su trabajo. Cuando compararon las variables del estrés del paciente por la visión del equipo de enfermería, hubo diferencia significativa en las variables cualitativas del estrés.

Fernández A y López I (2006) en España, realizaron un estudio denominado “Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización”, con un diseño descriptivo transversal donde se examinaron diversos aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización a 85 niños y sus correspondientes 85 padres, durante estancias breves en dos centros hospitalarios. En los resultados se han hallado evidencias de una menor presencia de estrés en los niños de más edad, así como de la transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización. No se hallaron diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de experiencias previas, ni en función de la valoración cualitativa de las mismas. El estudio de miedos específicos ha señalado el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte como los más generadores de estrés. La

afectación y la percepción mutua de alteraciones emocionales podrían generar una mayor presencia de miedo y estrés en padres e hijos.

Ruiz V. (2012), en Ecuador, elaboro una investigación titulada “El nivel de estrés en los pacientes pediátricos hospitalizados en el hospital provincial general de Latacunda”. Fue un estudio descriptivo, documentado y retrospectivo cuyo principal objetivo de la realización de este proyecto fue fomentar un manejo oportuno al estrés de los pacientes pediátricos durante la hospitalización, para así evitar un grado de afectación momentánea como permanente del estado mental de los mismos. Se realizó el test de Hamilton a 40 pacientes pediátricos y una encuesta a 20 médicos residentes del área de emergencia y hospitalización. En los resultados se encontró que el 78% de dichos pacientes mostró un nivel de estrés moderado; sin embargo, no hubo ningún porcentaje que demuestre ausencia del mismo y por lo contrario de manera positiva tampoco se detectó niveles de estrés grave-profundo o incapacitante. Asimismo, se halló que un 50% de los médicos del área de emergencia y hospitalización consideraron que las alteraciones emocionales son parte del cuadro clínico.

Rojas M y Azevedo D. (2013) en Cumaná, realizaron una investigación acerca de “Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio De Alcalá, Cumaná, Venezuela”. El estudio fue comparativo, donde se estudiaron 60 pacientes, divididos en dos grupos: 30 recibieron un programa educativo sobre el proceso operatorio (grupo experimental) y 30 no lo recibieron (grupo control) a quienes se determinó la efectividad de las acciones de enfermería, mediante la aplicación del test de ansiedad de Beck. Los resultados evidenciaron disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes experimentales; 56,6% no presentaron ansiedad, en comparación con los pacientes controles. El tipo de ansiedad predominante fue el de ansiedad leve

(63,3%) para pacientes controles, mientras que, para los experimentales fue de 43,3%.

Carrascosa M T, Aguilar R y Carrascosa M C. (2010) en España, investigaron sobre la "Disminución de la ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual", con el objetivo de determinar si una intervención de enfermera de enseñanza individualizada (NIC 5606) permite disminuir la ansiedad pre y post operatoria en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica onco-urológica del Complejo Hospitalario Jaén. Estudio de tipo cuasi experimental de tipo pre-post con grupo control programados para intervención quirúrgica y que ingresaron desde junio 2010 hasta completar el tamaño de la muestra. Se realizó un análisis del nivel de ansiedad de los pacientes al ingreso y al alta siguiendo el protocolo actual del centro (tres primeros meses) que actuaron como grupo control. Posteriormente se realizó un cambio en el protocolo realizando una intervención de enseñanza individual (NIC 5606) a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión midiendo la ansiedad al ingreso y al alta (grupo intervención). La variación del nivel de ansiedad fue medida mediante el test de ansiedad STAI en su dimensión ansiedad estado. El nivel de conocimientos fue medido mediante el NOC 1803. Conocimiento del proceso de la enfermedad 1814. Conocimiento terapéutico inicialmente mediante análisis descriptivo univariante de las variables incluidas y posteriormente se aplicó pruebas de contraste de hipótesis en un nivel de significancia del 95% (p menor 0.05). Concluyendo que la enseñanza individual mejora el nivel de los conocimientos de los pacientes sometidos a intervención oncológica quirúrgica urológica y esto hace que disminuya más la ansiedad del estado del paciente, resultados que coinciden con la bibliografía revisada.

NACIONALES:

Chuquimez D. (2007) en Perú realizó un estudio titulado “Influencia del Cuidado de Enfermería sobre los niveles de Estrés del Paciente Post Operado en Cirugía Cardiovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo. MINSA-2006”. La investigación fue de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño correlacional, en la cual participaron 52 pacientes adultos post operados de cirugía cardiovascular a quienes se aplicó un Cuestionario Estructurado para percibir el nivel del cuidado de enfermería y una Ficha de Observación para identificar el nivel de estrés en los pacientes. Se encontró que el cuidado de enfermería se correlaciona de forma indirecta con los niveles de estrés que presentan los pacientes luego de ser operados de cirugía cardiovascular, determinando que la dimensión psicológica es la que ejerce mayor influencia en el bienestar del paciente.

Becerra F y Tacilla L. (2015) en Perú, llevaron a cabo una investigación titulada “Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés del paciente hospitalizado en los servicios de medicina. Hospital Regional Docente de Trujillo”. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, con la finalidad de determinar la relación entre percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés del paciente hospitalizado, donde participaron 46 pacientes hospitalizados a quienes se aplicó una encuesta sobre Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería (EPCHE) y Escala de Valoración del Estrés (EVE). Dentro de los resultados se halló que el 65% de los pacientes hospitalizados perciben un cuidado humanizado de enfermería regular, el 22% malo, y el 13% bueno; el 72% de los pacientes hospitalizados presenta un nivel de estrés alto, el 15% presenta un nivel de estrés medio, y el 13% bajo. No se evidencio una relación significativa entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés del paciente. ($p=0.148$).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. EL ESTRÉS

Actualmente se considera al estrés como el responsable de múltiples patologías, principalmente en aquellas personas que no saben controlarlo. Sin embargo, el estrés es parte de nuestra vida y representa una respuesta funcional natural de nuestro cuerpo, cuya función general es prepararnos para actuar o escapar ante posibles amenazas. En nuestra vida diaria, existen estímulos estresantes o estresores y respuestas fisiológicas a esos estímulos. Diferentes investigadores han llamado a dichas respuestas fisiológicas como: estrés, respuesta de ataque o huida, reacción general de alarma, etc. (De Camargo, s.f., p.78).

El concepto de estrés fue añadido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye, quien lo definió como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Esta respuesta de los individuos a las diferentes situaciones que se le presentan conlleva una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales, y al mismo tiempo les permite responder adecuadamente a las demandas externas (Buendía, 1998 citado por Basset 2011, p.27).

Se define al estrés como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En el área de la medicina, el estrés se refiere a una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación aumentan (Mcewen, 2000, citado por Daneri, 2012, p.1).

Los estímulos estresantes que provocan una respuesta corporal fisiológica pueden ser físicos o psicológicos (mentales o emocionales).

Los estímulos físicos más comunes que producen estrés son: traumatismos, infecciones crónicas, calor o frío intensos, cirugías, intervenciones quirúrgicas, estímulos nociceptivos (que producen dolor), inmovilizaciones parciales o completas, parto, hemorragia, medicamentos simpaticomimético, hipoglucemia severa por ayuno, alergias, falta de sueño y deshidratación. Los estímulos psicológicos más habituales son: emociones fuertes, relaciones amorosas, ansiedad, problemas familiares y hasta situaciones del diario vivir (De Camargo, s.f., p.78).

Considerando todo lo anteriormente relatado se puede acotar que toda intervención quirúrgica constituye una situación estresante en el individuo expuesto a esta, siendo para efectos del presente estudio, el niño escolar, quién manifestará una respuesta orgánica, los cuales podrían poner en riesgo su bienestar tanto físico como psicológico.

2.2.2. FISIOLÓGÍA DEL ESTRÉS

La respuesta al estrés agudo se desencadena por acontecimientos que representan una amenaza inmediata para la vida o la salud, e involucra mecanismos conductuales, autonómicos y neuroendocrinos que preparan al individuo para la lucha o la huida (Best y Taylor, 2010, p. 821).

Hans Selye, propuso un patrón de respuestas adaptativas (el síndrome general de adaptación) desencadenados por distintos tipos de estresores (infección, dolor, cirugía, temperaturas extremas, entre otras). Selye describió un curso de tres fases en este síndrome, que comienza con una reacción de alarma (con predominio simpático-suprarrenal), fase de resistencia (en la que cumplen un papel preponderante los glucocorticoides) y, por último, de prolongarse el estímulo, un quiebre que denomino fase de agotamiento (Best y Taylor, 2010, p. 822).

El comando central de los componentes del sistema general de adaptación, está representado por el hipotálamo y porciones del sistema límbico que proyectan hacia núcleos autonómicos del tronco cerebral y regiones neocorticales. Entre los brazos ejecutores se incluyen el sistema nervioso autónomo simpático-suprarrenal y el eje hipotálamo hipofisocorticosuprarrenal ((Best y Taylor, 2010, p. 822).

Todas las señales de alarma que llegan al cerebro son enviadas al hipotálamo, el cual es un pequeño órgano situado en el centro de la masa cerebral. El hipotálamo transmite estos mensajes a todo el organismo por vía nerviosa y por vía sanguínea.

Por vía nerviosa, los estímulos producidos por el hipotálamo se transmiten al sistema nervioso simpático, que regula las funciones orgánicas. Estos estímulos llegan a producir alteraciones en el funcionamiento de los órganos y también alcanzan a la médula de las glándulas suprarrenales, provocando un aumento en la secreción de adrenalina y noradrenalina, las cuales pasan a la sangre y producen también alteraciones sobre todo el organismo (Melgosa, 1995, citado por Naranjo, 2009, p.176). Entre las más relevantes manifestaciones que se presentan por la descarga de adrenalina y noradrenalina se encuentran: aumento de glicemia por glucogenólisis; aumento de frecuencia cardíaca, del gasto cardíaco y de la presión arterial; dilatación pupilar (midriasis); vasoconstricción; aumento de sudoración en manos, pies y frente; aumento de la frecuencia respiratoria; aumento de la secreción de glucagón por el páncreas (De Camargo, s.f., p.81).

Por vía sanguínea, el hipotálamo estimula a la hipófisis, la cual segrega diversas hormonas que, al pasar a la sangre, actúan sobre todo el organismo. La hormona más importante es la corticotropina (ACTH u hormona del estrés), la cual hace que en la corteza de las glándulas

suprarrenales se produzca otra hormona, la cortisona, que produce numerosos efectos y alteraciones sobre el organismo. Otras hormonas segregadas por la hipófisis actúan sobre la glándula tiroides, los testículos o los ovarios provocando efectos importantes sobre muy diversos órganos (Melgosa, 1995, citado por Naranjo, 2009, p.176).

Cualquier tipo de estrés físico o mental aumenta de modo considerable la secreción de ACTH en breves minutos, y en consecuencia, también la de cortisol, que llega a multiplicarse hasta 20 veces. Esto debido a la estimulación del sistema límbico, sobre todo de la región de la amígdala y del hipocampo, que transmiten señales a la región posteromedial del hipotálamo (Guyton y Hall, 2006, p. 955).

También, el estrés es un factor que afecta la respuesta inmunitaria, ya sea por medio del eje hipotálamo - hipófisis - glándula adrenal o por medio de la descarga simpática (Best y Taylor, 2010, p.827).

Además de las respuestas físicas, existen otras respuestas ante el estrés, como las psíquicas y las de conducta, siendo las siguientes: incapacidad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo o en sí misma, irritabilidad, preocupaciones y ansiedad, temores irracionales o pánico sobrecogedor (Neidhardt et al., 1989, citado por Naranjo, 2009, p.176).

2.2.3. SIGNOS Y SINTOMAS DEL ESTRÉS

Entre las más relevantes manifestaciones físicas que se presentan por el estrés, se encuentran: aumento de glicemia por glucogenólisis, aumento

de frecuencia cardiaca, del gasto cardiaco y de la presión arterial, dilatación pupilar (midriasis), vasoconstricción, aumento de sudoración en manos, pies y frente, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la secreción de glucagón por el páncreas (De Camargo, s.f., p.81). También, se pueden hacer presentes otras manifestaciones físicas, como: cefalea, boca seca, dolor muscular, hiperventilación, tos, vómitos, diarrea, dolor estomacal, poliuria, amenorrea, dismenorrea, prurito, dermatitis, dolor precordial (Albino, 2005)

Además de las manifestaciones físicas, existen otras manifestaciones ante el estrés, como las psíquicas y las de conducta, siendo las siguientes: tics nerviosos, insomnio, pesadillas, fatiga, sensación de nudo en la garganta, (Albino, 2005) incapacidad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo o en sí misma, irritabilidad, preocupaciones y ansiedad, temores irracionales o pánico sobrecogedor (Neidhardt et al., 1989, citado por Naranjo, 2009, p.176).

Por ello, para efectos del presente estudio, se evaluará el estrés en el paciente escolar mediante algunos signos del estrés tales como: frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, sudoración de manos y los siguientes síntomas: cefalea, dolor muscular, prurito, dolor estomacal, dolor precordial y temor.

2.2.4. ESTRÉS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos. El estrés de los pacientes quirúrgicos se ve manifiesto mediante diferentes reacciones, que pueden ocasionar

conductas agresivas, regresivas, depresión, pasividad e inexpressividad. La mala adaptación emocional de un paciente o de la familia, puede generar distintas dificultades en su relación con el personal intrahospitalario, en esos casos, una actitud profesional adecuada requiere el conocimiento de los procesos psíquicos que determinan la conducta del enfermo, y también de la mejor manera de abordarlos. Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, el estrés es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos (Salaverría, Vasquez, Rios, Zúñiga, Gomez y Ortiz, 2011, p.2).

La respuesta neuroendocrina al estrés quirúrgico se inicia en el preoperatorio debido a la ansiedad y el miedo relacionado con la intervención quirúrgica, que moviliza gran cantidad de energía física y mental con el propósito de lidiar con el estrés situacional, aumentando la producción de catecolaminas. Durante la intervención, sobre todo en cirugías bajo anestesia general, por ejemplo, un procedimiento como la intubación traqueal proporciona una mayor liberación de estas hormonas, que a su vez aumenta la concentración de mediadores inflamatorios, especialmente las interleucinas (Moore, 1979, citado por Montero, 2014, p.10). Tras la incisión quirúrgica, la concentración de las interleucinas aumenta, promoviendo así la liberación de hormonas del estrés y la activación del eje hipotálamo-hipofisario, incrementando la respuesta hormonal. Esta respuesta neuroendocrina será más intensa cuanto mayor es la extensión de la cirugía, mayor tiempo de anestesia, la presencia de dolor intenso, etc. (Philip, 2008, citado por Montero, 2014, p.10), los que repercute en las funciones vitales del paciente como la presión arterial, el gasto cardíaco y la frecuencia cardíaca.

Por otra parte, es importante mencionar que el estrés no solo se puede manifestar mediante las funciones vitales sino también por determinados síntomas como las sudoraciones, la cefalea, molestias estomacales, insomnio, sensación de miedo, entre otras. Tal es el caso, que en el estudio realizado por Ruiz (2012) se evaluó el nivel de estrés en población pediátrica mediante determinados síntomas consignados en el Test de Hamilton que es un instrumento para evaluar estrés en adultos (por ejemplo: nervios, temblores, debilidad, taquicardia, desmayo, taquipnea, orinar con mucha frecuencia, etc.), obteniendo en su mayoría un nivel de estrés moderado.

2.2.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTRÉS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

En cirugía, la magnitud del estrés o ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores:

- La dimensión del factor traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizará una intervención de cirugía mayor o mutilante, etc. (Salaverría, 2011, p.2).

- La duración del periodo preoperatorio: Cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores, lo cual lleva a un elevado nivel de estrés, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas (Salaverría, 2011, p.3).

-Los antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías: Historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el paciente teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de estrés (Salaverría, 2011, p.3).

-La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente al estrés y la ansiedad, es decir, su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. Es por eso que, en ocasiones, una intervención quirúrgica menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy traumática para un enfermo que se encuentra en una situación emocional que lo toma más vulnerable o con una personalidad débilmente estructurada, tal como la personalidad del niño que se encuentra en formación (Salaverría, 2011, p.3).

De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad o estrés, que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes que impresionan como absolutamente tranquilos, hasta los que demuestran una notable angustia e inquietud motora, e incluso crisis de excitación psicomotriz con agresividad (Salaverría, 2011, p.3).

2.2.6. EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PRE- QUIRÚRGICO

El sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden generar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés para el paciente, ya que lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. La carga emocional propia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el

paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas (Escamilla, 2005).

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, este puede afectar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la respuesta a las drogas anestésicas, además sus heridas demorarán en cicatrizar, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más prolongado. También, puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico o el personal de enfermería, uso excesivo de analgésicos para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad (Escamilla, 2005).

Para poder realizar una evaluación pre-operatoria del estrés se debe tener en cuenta la historia clínica del paciente, donde se obtenga mayor información de la condición médica actual y pasada (por ejemplo si ha tenido alguna otra intervención quirúrgica, si es alérgico a algún medicamento, si posee alguna enfermedad, etc.), la anamnesis (en el que se revele las preocupaciones, los temores, la ansiedad, etc. que pueda presentar el paciente), un examen físico dirigido y solicitar los exámenes auxiliares necesarios (Troncoso, 2011, p.340).

2.2.7. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN ESCOLAR

La edad escolar abarca desde los seis años hasta fines de la pubertad o pre-adolescencia (Whaley y Wong, 1992, p.489). El crecimiento cognitivo que ocurre durante esta etapa permite que los niños desarrollen conceptos más complejos acerca de sí mismos y que crezcan en cuanto a comprensión y control emocional (Papalia, 2009, p. 423). Debe tenerse en cuenta que cerca de los siete u ocho años de edad, los niños alcanzan la

tercera de las etapas neopiagetianas en el desarrollo del autoconcepto. Los juicios acerca del yo se vuelven más realistas y equilibrados a medida que los niños forman sistemas representacionales (Papalia, 2009, p. 423). Uno de los principales determinantes de la autoestima, según Erikson (1982), es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad para el trabajo productivo, siendo el tema central de esta etapa la industria versus inferioridad. Los niños necesitan aprender las habilidades que son valoradas en su sociedad (Papalia, 2009, p. 423). Asimismo, la virtud o fortaleza que se desarrolla con la resolución exitosa de esta etapa es la competencia, un punto de vista del yo como capaz de dominar habilidades y terminar tareas (Papalia, 2009, p. 424). Por su parte, los niños en edad escolar han interiorizado la vergüenza y el orgullo y pueden comprender y controlar mejor las emociones negativas (Papalia, 2009, p. 454).

Los niños en esta etapa, toman conciencia de las reglas culturales que regulan la expresión emocional, saben que les causa enojo, miedo o tristeza y cómo reaccionan otras personas ante la expresión de estas emociones, también aprenden a adaptarse al comportamiento de los otros, poniéndose en concordancia con ellos (Papalia, 2009, p. 424). En general, los niños en edad escolar adquieren más empatía y están más inclinados a la conducta prosocial, los padres que reconocen los sentimientos de angustia de sus hijos y que les ayudan a lidiar con su angustia fomentan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales (Papalia, 2009, p. 425), pasan más de su tiempo libre lejos de casa que cuando eran más pequeños, ya que visitan a sus compañeros y socializan con ellos, también pasan más tiempo en la escuela y en sus estudios. Aun así, el hogar y las personas que viven allí son una parte importante en la vida de la mayoría de los niños. (Papalia, 2009, p. 425).

El grupo de compañeros tiene varias funciones positivas en el desarrollo de los mismos, lo ayudan a desarrollar habilidades sociales, les permite

poner a prueba y adoptar valores independientes de los padres, les da sensación de pertenencia y les ayuda a desarrollar su autoconcepto, tienden a preocuparse por su seguridad personal, sus resultados escolares y la salud (Papalia, 2009, p.455).

Los temores al peligro y muerte son los miedos más consistentes en los niños de todas las edades (Gullone, 2000, citado por Papalia, 2009, p.450). Los miedos típicos de la niñez cambian con frecuencia y son normales los miedos a los animales, a la oscuridad o a la sangre. Pero, cuando el niño se siente en peligro, ya sea de naturaleza real o imaginaria, aparece la ansiedad y estrés. Algunos de los síntomas que nos pueden alertar de una posible ansiedad y/o estrés en los niños son: problemas para quedarse dormido, actitud demasiado apegada, impulsiva o distraída, movimientos nerviosos o tics, alteraciones somáticas, ritmo cardíaco acelerado, manos sudorosas, dolores de cabeza y de estómago (Aguilar, 2012, p.206).

Las respuestas de los niños hacia un evento traumático se presentan en dos etapas: la primera caracterizada por temor, incredulidad, negación, etc. y la segunda varios días después, consiste en regresión en el desarrollo y señales de angustia emocional (como ansiedad, temor, retraimiento, trastornos del sueño, entre otros). Si los síntomas duran más de una semana, el niño debería recibir orientación psicológica (Hagan et al., 2005, citado por Papalia, 2009, p. 451).

2.2.8. LOS ESCOLARES FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, REACCIONES, FACTORES CAUSALES Y PROGRAMAS DE INTERVENCION.

Durante la infancia y la adolescencia, la exposición a acontecimientos estresantes como es una intervención quirúrgica y la hospitalización, puede afectar su equilibrio emocional y adaptativo en el niño y en los padres, desencadenando alteraciones emocionales como estrés y ansiedad, a esto se suma la percepción de amenaza influida por las características particulares de cada sujeto y los eventos percibidos como amenazantes. “El estrés causante de alteraciones emocionales en el niño está influido por variables tales como: la edad, el género, el desarrollo cognitivo, las experiencias previas, la capacidad de adaptación, la cantidad de información y apoyo de que disponga el niño, y el significado que atribuye a la enfermedad y hospitalización” (Valdés y Flórez, 1995).

La institución hospitalaria es un ambiente generador de estrés en sí misma, que implica vivencias nuevas de por sí estresantes, cambio de horarios, exploraciones médicas dolorosas, alejamiento del entorno familiar, carencia de actividades escolares y pérdida de relaciones sociales estimulantes (Rodríguez, 2007 y Pérez, 2001). Por otro lado, respecto al impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil, investigaciones han mostrado que los niños, presentan una baja calidad, los ambientes de pediatría de los hospitales no están mayormente preparados para responder a sus necesidades, condicionando los elementos físicos, organizativos y humanos la percepción que poseen los niños. El estado emocional y las necesidades relacionadas con apoyo psicológico, educativo y social afectan a la calidad de vida del niño hospitalizado (González-Gil y col. 2007). A las funciones hospitalarias básicas de diagnóstico, tratamiento y cuidados físicos, es necesario incorporar otras dirigidas a la atención psicosocial de los niños ingresados: funciones de apoyo social, de continuidad educativa y de juego y creatividad (Ullán y Hernández, 2005).

Las intervenciones quirúrgicas y hospitalización, simbolizan acontecimientos importantes en la vida de un niño por la elevada carga

estresante y ansiógena que ocasiona, incrementándose en relación directamente proporcional al tiempo que dura la intervención u hospitalización, pudiendo originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo evolutivo; por tanto, el niño no solo se debe enfrentar a sus reacciones de ansiedad y depresión, sino que también a las de sus padres, por otra parte la interrupción del proceso educativo en el niño supone una disminución de sus potencialidades de desarrollo, lo que hace más perdurable los efectos negativos de la intervención quirúrgica u hospitalización (Alonso, 2005, p.57).

En la etapa escolar, a los niños les asustan los trastornos físicos porque demuestran su vulnerabilidad y alteran la percepción de su identidad, la enfermedad origina una percepción intensa del cuerpo y de sus funciones, por tanto, la búsqueda de información tiende a ser la forma de mantener su sentido de control, a pesar del estrés e incertidumbre por la enfermedad. Puede tolerar bien las pruebas que se le practican, siempre que se le expliquen anteladamente, le gusta saber qué espera el personal sanitario de él y necesita que le ayuden a superar sus problemas. Los tratamientos invasivos y las intervenciones quirúrgicas son amenazadoras porque asaltan su integridad corporal e implican la posibilidad de mutilación y muerte, por tanto reaccionan con miedo a lo desconocido y temen al dolor y a los daños corporales (Aguilar, 2012, p. 63).

Las enfermedades o intervenciones quirúrgicas, son acontecimientos inductores de reacciones de estrés a corto y largo plazo, cuando por la percepción de la magnitud del hecho o por las propias características de la víctima, el suceso supera el límite de la tolerancia y la capacidad de respuesta del mismo, se produce, una reacción de estrés exagerada o desadaptativa con la consiguiente alteración del funcionamiento. La valoración que realiza el niño ante la “amenaza”, tiene como consecuencias sentimientos de miedo, ansiedad, depresión y otras conductas y síntomas, ya que los niños pueden entender de forma muy

diferente la noción de peligro, y el significado de la muerte. Ser sometido a una Intervención quirúrgica y, además, tener que ser hospitalizado por ello, puede representar una situación estresante y/o potencialmente traumática en ellos. Las respuestas que presentan los niños a partir de un corto espacio de tiempo tras la operación (dos días),

Los aspectos más observados en los niños intervenidos quirúrgicamente son el miedo, la ansiedad y la angustia (Aguilar, 2012, p. 272), al respecto, las investigaciones muestran que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos, y coinciden en la afirmación de que la hospitalización infantil es una experiencia estresante por cuanto está llena de factores negativos. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización, que conllevan a la ruptura con los ambientes y círculos que rodean a todo niño: el familiar, el escolar y el social. Junto a esto, se encuentra el ingreso en un centro médico donde el niño se encuentra de pronto en un ambiente que no le es propio (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.76; Fernández, s.f., p.2).

Los efectos que la hospitalización o intervención quirúrgica causan en un niño dependerán de varios factores como los personales, familiares y hospitalarios:

Los factores personales son aquellas características que dependen estrictamente del niño que va a ingresar, entre los que destacan:

- Edad y desarrollo biopsicosocial del niño: La etapa comprendida entre los 4 meses y los 6 años, es la más susceptible a las alteraciones emocionales como consecuencia de la hospitalización o alguna intervención quirúrgica (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.77).
- Temperamento: Se refiere a la personalidad del niño en cómo responde a la hospitalización (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.77).

- Experiencias previas que se hayan tenido con personal de salud y hospitales: Los niños hospitalizados o que requieren de una cirugía por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales, que los niños que han sido previamente hospitalizados o intervenidos con cierta frecuencia, no obstante, estos últimos manifiestan mayores niveles de ansiedad (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.77).

Los factores familiares corresponden al apoyo de los padres, hermanos, familiares, etc., hacia el niño hospitalizado o que será sometido a una intervención quirúrgica. Cabe resaltar que cuando un niño es hospitalizado atraviesa una separación de la familia (Lizasoáin y Ochoa, 2003, pp.77-78).

- La separación de la madre: representan uno de los factores o causas más relevantes de las diversas alteraciones sufridas por los pacientes pediátricos, como consecuencia de la privación afectiva producida por la hospitalización. Entre las alteraciones que más frecuentemente se han citado destacan el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.78).

- Estrés paterno: Es uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.78). Los miedos manifestados por los padres provocan miedos a los niños, por lo que es importante reducir la preocupación de los primeros en beneficio de los segundos. Los estudios efectuados sobre esta cuestión muestran que la falta de preparación ante la hospitalización o la intervención quirúrgica da lugar a altos niveles de ansiedad de los padres (Aguilar, 2012, p. 64)

Los factores hospitalarios incluyen a todas las características relacionadas a la institución de salud que pueden repercutir en las sensaciones del niño que va ser sometido a una intervención quirúrgica (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.78), las cuales son:

- Duración de la estancia en el hospital: Una hospitalización de más de una semana de duración aproximadamente o repetidas readmisiones de

corta duración se asocian, al parecer, con un considerable aumento de las alteraciones conductuales (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.78).

- Organización de la institución de salud: A veces los reglamentos institucionales limitan el ingreso o las visitas de los familiares, lo que ocasiona que el paciente pediátrico no se pueda adaptar (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.78).

- Falta de información: Cuando el paciente y/o los familiares carecen de información sobre lo que se realizará en la institución de salud, puede comprometer un mayor nivel de estrés en el paciente (Lizasoáin y Ochoa, 2003, p.78).

Se requiere por tanto una preparación de los escolares e infantes ante una intervención quirúrgica, ya que estudios demuestran que cuando se prepara a la persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de relajación, escuchándole y eliminando sus miedos, la ansiedad disminuye, la estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor por lo tanto menor necesidad de analgésicos, el post operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control.

Por tal motivo, los profesionales de salud, ha venido mostrado interés en desarrollar programas y métodos para ayudar a los niños y a su familia a manejar la enfermedad y las circunstancias que rodean la hospitalización. Estos programas evidencian la necesidad de tener una perspectiva cognitivo-conductual que implica asignar importancia al trabajo de afrontamiento tanto en los niños que van a ser sometidos a una cirugía, como en sus padres o familiares responsables de los mismos. Por ejemplo, en la investigación de Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009) llevada a cabo en pediatría oncológica, los componentes importantes que se incorporaban a la intervención fueron:

- La información, el uso de procedimientos audiovisuales, las habilidades de afrontamiento (relajación/respiración profunda, distracción y auto-verbalizaciones), el juego, la biblio-preparación y el humor, todo ello con el fin de abordar los síntomas asociados a los temores frente a los procedimientos médicos.
- Uso de la transmisión oral efectiva mediante explicaciones breves, sencillas y comprensibles, evitando proporcionar mucha información en poco tiempo, utilizar ejemplos clarificadores y asegurar que está asimilando la información.
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento, además de dar información, entrenarlo en la adquisición y práctica de conductas de afrontamiento apropiadas al contexto (relajación, respiración profunda, manejo de autoinstrucciones / autoverbalizaciones y la distracción / imaginación).

Una investigación realizada por García et al. (1999) sobre el estrés quirúrgico y la atención de enfermería muestra que los pacientes se mostraron satisfechos con la atención recibida por parte del profesional de enfermería; además pudieron comprobar que la adecuada relación personal profesional de salud-paciente favorece la recuperación del estrés quirúrgico. Las variables frecuencia cardíaca, presión arterial diastólica, presión arterial sistólica y temperatura, mostraron una disminución significativa en el posoperatorio, evidenciando una rápida recuperación del estrés quirúrgico. Esto demuestra la efectividad del proceso de interacción de la enfermera con el paciente en la reducción del estrés que se puede producir en un paciente sometido a una intervención quirúrgica. Es importante por tanto, considerar dentro de la interacción el uso de sistemas audiovisuales porque permiten ofrecer información, proporcionar modelos conductuales asociados a los pensamientos (cognitivos) y distracción. El juego y el valor terapéutico que conlleva, los cuentos y las narrativas literarias y el humor, también se consideran estrategias adecuadas para afrontar mejor el proceso de enfermedad, el dolor y la situación de la hospitalización.

Durante la hospitalización e intervenciones quirúrgicas, la ansiedad puede influir en diversos aspectos físicos y psicológicos de un paciente, más aún si este es un niño, puede repercutir en el tiempo de permanencia en el hospital ya que viven la experiencia quirúrgica con más estrés y los que tienen menos ansiedad pueden disminuir la estancia hospitalaria. Por tanto la aplicación de técnicas psicológicas debe ser muy variada, pudiendo agruparse en: en técnicas cognitivas, técnicas conductuales y técnicas informativas.

Técnicas cognitivas

Dirigida a tratar los pensamientos negativos respecto al acto quirúrgico, busca que el paciente exprese sentimientos, temor o preocupaciones sobre la intervención. Considera la distracción cognitiva ó apartar la atención del procedimiento (contar, hablar de otra cosa). Reestructuración cognitiva o trabajar con el cambio de pensamientos negativos por otros positivos. Recordar acontecimientos pasados positivos. Modificación del recuerdo, ayudar al niño a reformular los recuerdos negativos en positivos. Imaginación guiada donde ha de realizar un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de curación. Imaginación al animar al niño a enfrentarse con el dolor/estrés del procedimiento proporcionándole una imagen placentera (p.ej., el bosque o la playa.) El juego médico utilizando juguetes y materiales relacionados con el entorno hospitalario. El dibujo, muestran lo que el niño cree sobre la operación, resultan muy apropiados para modificar ideas erróneas sobre como imagina el niño el acto operatorio. Hipnosis que busca la disociación de la experiencia de dolor y distrés a través de la inducción hipnótica, sugestión y fantasía. Sugestión Proporcionando al niño claves verbales y no verbales sugiriendo que puede reducir el dolor y el malestar. Parada de pensamiento donde el niño repite la palabra “stop” o una afirmación similar durante el dolor /distrés para bloquear los pensamientos negativos. Autoverbalizaciones donde el niño repite un conjunto de afirmaciones positivas (por ejemplo,

“Puedo hacer esto”, “Esto terminará pronto”. Entrenamiento a los padres que consiste en entrenar a sus padres en relajación u otras técnicas de control del estrés o bien implicarlos en una de las anteriores estrategias cognitivas, el objetivo es disminuir el estrés parental para favorecer la disminución del estrés o dolor en el niño.

Técnicas conductuales

Desarrollo de estrategias para afrontar la situación de hospitalización, destacando: Relajación que reduce los síntomas psicossomáticos (presión sanguínea, frecuencia cardíaca, etc.). Desensibilización sistemática se basa en la relajación asociada a las situaciones hospitalarias que causan ansiedad. Visualización por parte del paciente de las situaciones ansiosas utilizando una escala de menor a mayor ansiedad, para que progresivamente aprenda a superarlo y reduzca la ansiedad. Modelado donde el niño y a veces los padres, presencian una cinta de vídeo o diapositivas en las que se observa cómo un niño y sus padres afrontan correctamente todas las etapas de la hospitalización, sobre todo los momentos más críticos. Reforzamiento positivo proporcionando afirmaciones positivas y/o recompensas tangibles (p. ej., juguetes) al niño tras el procedimiento.

Técnicas informativas

La información es una de las técnicas que se suelen utilizar en pacientes candidatos a cirugías sobre la base que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes “vigilantes” (buscan información), mientras que pueden provocar efectos contraproducentes en personas “evitadoras” (sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema). En ocasiones, el paciente debido a la ansiedad, no recuerda lo que se le ha explicado sobre los procedimientos, por lo que completar la información con folletos puede ser positivo. Se ha observado que la falta de información y/o comprensión, llevan a una sensación general de confusión, ansiedad y falta de control,

debe tenerse en cuenta el nivel cognitivo del paciente y la comprensión ante la enfermedad y la hospitalización.

Preparación psicológica para reducir la ansiedad en los niños y sus padres cuando se encuentran hospitalizados o van a ser sometidos a una Intervención Quirúrgica.

Los programas de preparación psicológica durante la hospitalización infantil, tienen como objetivo aminorar el impacto, el distrés psicológico y fomentar la adaptación psicológica durante el periodo hospitalario. Numerosas investigaciones dan cuenta del impacto psicológico de la hospitalización, la cirugía y la influencia en la evolución pre y posoperatoria. En general, los programas cumplen tres objetivos: proporcionar información al niño y a los padres, estimular la expresión emocional y crear un clima de confianza con el equipo de salud y el entorno hospitalario. Además ofrecen a los niños y familias estrategias de afrontamiento para adaptarse positivamente a las circunstancias de hospitalización y de intervención quirúrgica.

2.2.9. INTERACCIÓN ENFERMERA – PACIENTE

La interacción enfermera-paciente se define como un proceso de organización discursiva entre enfermera-paciente que, mediante el lenguaje, actúan en un proceso de constante afectación recíproca. Asimismo, es la trama discursiva que permite la socialización del enfermero hacia el paciente por medio de sus actos y la comprensión de las acciones propias y ajenas (Rizo, 2004 citado por Noreña, 2010, p.117). Para enfermería, la comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social pues es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas, y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo (Alba, Fajardo, Tixtha y Papaqui, 2012, p.139).

La interacción o comunicación enfermera-paciente ocupa por tanto, un lugar importante en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad (Müggenburg y Riveros, 2012).

A través de una serie de trabajos se ha encontrado que el personal de enfermería es el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso; si bien el estado emocional del paciente es distinto al momento de su internamiento, cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes durante la hospitalización, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, en un ambiente tranquilo, donde cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía será agradable contrario a lo que percibía antes de establecer una comunicación con la enfermera (Alba, 2012, p.139).

2.2.10. TEORÍA DE CONSECUCION DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING Y LA INTERACCIÓN ENFERMERA - PACIENTE ESCOLAR QUIRÚRGICO

La teoría de Imogene King: "Teoría de consecución de objetivos", se centra en el sistema interpersonal y en las interacciones que tienen lugar entre personas, específicamente en la relación enfermera - paciente (Marriner y Raile, 2011, p. 292).

Esta teoría, plantea una visión del proceso de enfermería, donde hace énfasis en los aspectos interpersonales (Cisneros, 2002, p.11). Los sistemas interpersonales se forman cuando dos o más personas

interactúan, formando díadas (dos personas) o tríadas (tres personas) (Marriner y Raile, 2011, p. 290).

En el proceso de enfermería, cada miembro de la díada o tríada percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones. Conjuntamente estas actividades culminan en la reacción. Se llega a una interacción y, en caso de que exista una coherencia perceptiva y de que se subsanen los trastornos, se producen las transacciones (Marriner y Raile, 2011, p. 292).

Los fenómenos de enfermería según King están organizados en tres sistemas dinámicos:

- (1) Sistema Persona: el individuo es un ser social, emocional, racional, que percibe, controla y se plantea propósitos;
- (2) Sistema Interpersonal: Díadas, tríadas, pequeños y grandes grupos;
- (3) Sistema Social: familia, escuela, empresa, organizaciones sociales y sistemas que proporcionan cuidados de la salud.

Teniendo en cuenta estos fenómenos, es relevante mencionar que si se trata de un paciente que se encuentra en la etapa de la niñez, durante la interacción, para el logro de propósitos, se suele formar un sistema triado, en el que interviene la enfermera, el paciente (niño) y el familiar responsable (papá, mamá o apoderado), ya que los pacientes pediátricos poseen características peculiares y una personalidad en formación, que por lo general ante una situación estresante como la hospitalización o el afrontar una intervención quirúrgica, suelen tener una mayor dependencia de sus padres que en situaciones no estresantes.

Esta teoría considera a la persona; como sistemas abiertos en transacción con el entorno, a la salud; como un estado dinámico que implica una adaptación permanente al estrés en el entorno interno y externo, mediante el uso óptimo de los recursos de cada uno para conseguir el máximo rendimiento para la vida diaria, a la enfermería, como un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal; en el cual las percepciones de la enfermera y paciente, influyen en el proceso interpersonal (Marriner y Raile, 2011, p.292).

Entenderemos entonces, a partir de lo anteriormente expuesto; que, en la adaptación del paciente escolar ante una inminente intervención quirúrgica, factor de estrés, influirán los recursos que él obtenga, para hacerle frente. Es ahí la importancia de la interacción y transacción que efectúe con la enfermera.

MOMENTOS DE LA INTERACCIÓN

Acción: Se inicia con el acercamiento de la enfermera hacia el paciente, la valoración de las preocupaciones, los problemas y los trastornos de la salud del paciente por parte de la enfermera (Marriner y Raile, 2011, p.291), en este momento cada miembro de la tríada percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones (Marriner y Raile, 2011, p. 292). En este caso es el acercamiento al paciente quirúrgico escolar y familiar responsable, y la valoración de sus preocupaciones, en busca de la interacción. Asimismo, es importante resaltar que este primer contacto influirá mucho en la percepción del escolar y del familiar acompañante hacia la enfermera, para el establecimiento de una interacción favorable.

Reacción: Las actividades iniciadas en la acción culminan en la reacción (Marriner y Raile, 2011, p.292). En la presente investigación, será la

respuesta del escolar y familiar acompañante ante el acercamiento de la enfermera.

Interacción: Es el resultado de acción y reacción, y pueden estar inmersas en ellas las transacciones. Se trata de un proceso de comunicación, donde las enfermeras transmiten la información adecuada a sus pacientes (Marriner y Raile, 2011, p.293). Para efectos del presente estudio, la interacción enfermero - paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante involucrará la comunicación asertiva que se establezca entre la tríada, donde entran en juego la comprensión de la información del proceso quirúrgico por parte paciente pediátrico y del familiar acompañante. Asimismo, involucra otras diferentes modalidades para garantizar la confianza del paciente y sus acompañantes, tales como: la realización de juegos con el niño, la visualización de imágenes, videos u objetos a utilizar, entre otros.

Transacción: La transacción es el logro de la precisión perceptiva en las interacciones, donde se dará una propuesta de objetivos mutuos, que conllevará a la consecución de objetivos (Marriner y Raile, 2011, p.293). La transacción se produce cuando se establece una relación recíproca entre el enfermero y el paciente, y ambos establecen de mutuo acuerdo los propósitos que deben alcanzar.

Esta teoría motiva a la enfermera y al paciente a compartir información sobre sus formas de pensar (si estas son acertadas, se obtendrán metas, crecimiento y desarrollo, además de cuidados de enfermería efectivos. También, se producirá una transacción, si la enfermera y el paciente perciben expectativas de rol adecuados y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo). Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que las personas interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades

específicas para el proceso de enfermería y el paciente aporta su autoconocimiento y sus percepciones (Cisneros, 2002, p.11).

Tras lo relatado, hay que tener en consideración que el profesional de enfermería debe establecer una relación empática tanto con el niño como con su familiar que lo acompaña, de tal manera que haya un intercambio de experiencias, requerimientos y conocimientos y se afiance la confianza entre ellos, para la obtención de metas. Una de las formas de establecer ello es mediante un trato cordial, la explicación de cada procedimiento a realizar, asegurarse de la comprensión de las explicaciones dadas, mantener la tranquilidad en el paciente y en el acompañante, etc.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Interacción enfermera-paciente en la reducción de estrés: es la relación terapéutica que establece la enfermera con el escolar quirúrgico, iniciada en la etapa preoperatoria, con el fin de ayudarlo a comprender la importancia y necesidad del acto quirúrgico y anestesia, los procedimientos en los que participará, el papel que realizará la enfermera para atender sus necesidades, las formas de comunicación que podrá utilizar si tiene alguna necesidad, e identificar al equipo quirúrgico y su indumentaria, los ambientes quirúrgicos y los materiales biomédicos que se le colocarán (electrodos, brazalete del tensiómetro, dedal del pulsoxímetro, máscara de ventilación, máscara de oxígeno, gorro), sustentada en la Teoría de Imogene King, que sigue los momentos de acción, reacción, interacción y transacción, y culmina en el post operatorio inmediato.

Estrés: Es una situación que experimenta el escolar quirúrgico, frente al acto quirúrgico u operación del que va a ser sujeto, evidenciado en signos y síntomas evaluables y que sí están presentes podrían retrasar su recuperación.

Escolar quirúrgico: persona entre las edades de 6 a 11 años, de ambos sexos, que se encuentre programado para ser intervenido quirúrgicamente por vez primera en una cirugía electiva (programada y no de emergencia) y de menor complejidad (tiempo de hospitalización post-operatorio de 1 a 3 días).

Preoperatorio mediano: antes de las 6 horas en que se efectuó la intervención quirúrgica.

Pre inducción anestésica: momentos previos de preparación del escolar quirúrgico, para que se le coloque la anestesia para realizar la intervención quirúrgica.

Post operatorio inmediato: Dentro de las 6 primeras horas luego de efectuada la intervención quirúrgica.

Signos de estrés: Son las manifestaciones físicas del estrés, evaluables en el paciente escolar quirúrgico, mediante el examen físico, las cuales son: presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

Síntomas de estrés: Son las manifestaciones subjetivas del estrés, psíquicas y físicas, percibidos por el paciente escolar quirúrgico, evaluables mediante la entrevista, las cuales son: cefalea, dolor muscular, prurito, fatiga, dolor estomacal y dolor precordial.

Presión arterial: Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias, que tiene como componentes la presión arterial sistólica y diastólica.

Presión arterial sistólica: 1º ruido máximo de claro golpeteo (1º ruido de Korotkoff) auscultado en la arteria braquial derecha luego de iniciar la desinsuflación gradual del brazalete del tensiómetro.

Presión arterial diastólica: 4º ruido de Korotkoff (de tono bajo y apagado), auscultado en la arteria braquial derecha luego de iniciar la desinsuflación gradual del brazalete del tensiómetro.

Presión arterial media: Se establecerá por la ecuación: $PAM = (PS - PD) / 3 + PD$. Donde PAM: Presión arterial media, PD: Presión arterial diastólica, PS: Presión arterial sistólica.

Frecuencia cardiaca: Número de pulsaciones palpadas en la arteria humeral o radial durante un minuto.

Frecuencia Respiratoria: Número de respiraciones durante un minuto.

Cefalea: Sensación de dolor de cabeza.

Dolor muscular: Sensación molesta y desagradable en la espalda y cuello.

Dolor de estómago: Sensación molesta y desagradable en la barriga.

Dolor precordial: Sensación molesta y desagradable de opresión en el pecho.

Prurito: Sensación de escozor, picazón que lleva a rascarse un área del cuerpo.

Sudor de manos: Manos húmedas, producto de la transpiración.

Temor: Sentimiento de miedo.

2.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS:

Hipótesis general:

H.1: Los escolares quirúrgicos que participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés” presentaron bajos o nulos niveles de estrés en comparación con los que no participaron de dicha interacción.

H.0: Los escolares quirúrgicos que participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés” presentaron iguales

niveles de estrés en comparación con los que no participaron de dicha interacción.

Hipótesis específicas

- Los escolares quirúrgicos que participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés” presentaron bajos o nulos niveles de estrés en el preoperatorio mediato, en comparación con los que no participaron de dicha interacción.
- Los escolares quirúrgicos que participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés” presentaron bajos o nulos niveles de estrés en el periodo de pre inducción anestésica, en comparación con los que no participaron de dicha interacción.
- Los escolares quirúrgicos que participaron en la “Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés” presentaron bajos o nulos niveles de estrés en el postoperatorio inmediato, en comparación con los que no participaron de dicha interacción.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental, doble diseño y de corte longitudinal.

En cuanto a la metodología cuasi experimental, se dividió la población de manera aleatoria en dos grupos: experimental y control.

Con el grupo control, la enfermera de centro quirúrgico interaccionó con el paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante en el pre operatorio inmediato durante la recepción, como habitualmente se realiza en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Con el grupo experimental, además de la interacción habitual antes indicada, se complementó esta con la interacción desde el pre-operatorio mediano hasta el post operatorio inmediato, basándose en la "Teoría interaccionista de consecución de objetivos" de King. Para lo cual se siguió los siguientes momentos:

1.- Acción: Se inició un día anterior a la cirugía, en donde la enfermera del servicio de cirugía pediátrica presentó a la enfermera de centro quirúrgico al paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante.

2.- Reacción: Se dio con la respuesta del paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante ante la presentación de la enfermera de centro quirúrgico.

3.- Interacción: En este momento iniciada la comunicación, se narró un cuento "Alex no le tiene miedo a nada", que ha sido adaptado en relación a la experiencia de un niño ante una cirugía, y se recogió las inquietudes e indagó sobre el nivel de comprensión actual del paciente y familiar acompañante concernientes a la intervención quirúrgica y aspectos relativos a esta.

4.- Transacción: Durante este momento se planteó objetivos de mutuo acuerdo (enfermera de centro quirúrgico - paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante) encaminados a la reducción del estrés quirúrgico y se explicó de forma sencilla y clara los siguientes aspectos:

- En qué consiste la intervención quirúrgica a la que se someterá el paciente escolar y los beneficios de esta. Utilizando para ello gráficos y bosquejos sencillos.
- El tipo de anestesia que se le administrará y que sensaciones experimentará.
- Cual es el equipo de salud con el que interaccionará el escolar (anestesiólogo, residente de anestesiología, enfermeras de centro quirúrgico, técnica de enfermería y cirujano) y el atuendo que visten, con la ayuda de material visual.
- En qué momento y lugar el familiar acompañante permanecerá con el escolar y en qué momento se separarán, haciendo hincapié en que se volverán a reunir cuando el escolar pase a la unidad de recuperación pos-anestésica durante su despertar.
- Se le mostró los ambientes quirúrgicos por donde transitará o permanecerá el escolar, con la ayuda de fotos: ingreso a centro quirúrgico, zona de recepción de pacientes, sala de operaciones o quirófano y unidad de recuperación pos-anestésica.
- Se realizó la demostración con la participación activa del paciente escolar quirúrgico de los procedimientos en los que estará inmerso: (Zona de recepción de pacientes) traslado de la camilla de hospitalización a la camilla de centro quirúrgico y colocación del gorro quirúrgico. (Sala de operaciones o quirófano) traslado de la camilla a la mesa de operaciones, colocación de los electrodos, dedal de pulsoximetría, brazalete del tensiómetro, inhalación del anestésico a través de la mascarilla de ventilación. Los dos primeros procedimientos con la ayuda de camillas y los demás procedimientos con la ayuda de insumos y materiales del centro quirúrgico, que se le proporcionó y enseñó cómo se usan (gorro

quirúrgico, electrodos, dedal de pulsoximetría, brazalete del tensiómetro y mascarilla de ventilación).

- Se hizo hincapié que una vez terminado todo el proceso de su operación, cuando despierte nos podría comentar todo lo que experimentó y sintió en esta vivencia.
- Por último, se comentó con ambos la información brindada, para aclarar cualquier inquietud.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión", ubicado en la Av. Guardia Chalaca s/n, distrito de Bellavista, Provincia Constitucional del Callao, que tiene como ámbito de acción a toda la población que se sitúa en la provincia en mención.

Nosocomio de referencia de nivel III - 1, que brinda atención las 24 horas del día, en las áreas de emergencia y hospitalización, y consultorios externos las 12 horas del día.

Infraestructuralmente cuenta con un Centro Quirúrgico de cirugías electivas, que atiende de lunes a sábado de 7:30 a.m. a 8:00 p.m., con una operatividad de 6 quirófanos, y un promedio de 15 cirugías al día.

En el servicio de Centro Quirúrgico trabajan personal asistencial: médicos cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y técnicos de enfermería durante las 24 horas del día.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población de estudio estuvo constituida por 40 pacientes escolares quirúrgicos de cirugía electiva, atendidos en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" durante setiembre, octubre y noviembre del 2016.

Se dividió la población en dos grupos: grupo control y grupo experimental, cada uno integrado por 20 pacientes escolares.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Paciente escolar quirúrgico, programado para ser intervenidos en el Centro Quirúrgico de cirugías electivas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante setiembre - noviembre del 2016. Casuísticamente e históricamente en un mes se presentan alrededor de 20 actos quirúrgicos de menor complejidad en escolares.

3.5. MUESTRA Y MUESTREO:

La muestra estuvo constituida por el total de pacientes programados para ser intervenidos quirúrgicamente en el Centro Quirúrgico de cirugías electivas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante setiembre y octubre del 2016. No se tomaron en cuenta las operaciones de emergencia.

El muestreo que se utilizó para el grupo experimental fue por conveniencia, según los sujetos de investigación que cumplieron con los criterios de selección y para el grupo control se utilizó un pareamiento por edad.

3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.6.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes escolares quirúrgicos comprendidos entre las edades de 6 años cumplidos hasta 11 años 11 meses y 29 días.
- Pacientes escolares quirúrgicos de ambos sexos.
- Pacientes escolares programados e intervenidos en cirugía electiva de menor complejidad (tiempo de hospitalización post-operatorio de 1 a 3 días).
- Pacientes escolares quirúrgicos sin alteraciones orgánicas, fisiológicas, bioquímicas, sistémicas ni psiquiátricas crónicas

3.6.2. Criterios de exclusión

- Pacientes escolares quirúrgicos de cirugía de emergencia.
- Pacientes escolares quirúrgicos cuyos padres o apoderados no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes escolares quirúrgicos con antecedentes de intervenciones quirúrgicas o de suspensiones operatorias por presentar trastornos somáticos (reacciones alérgicas y/o resfriados).
- Pacientes escolares quirúrgicos en condiciones de abandono, que no cuenten con un familiar acompañante.
- Pacientes escolares quirúrgicos que presentan febrícula o fiebre (T° axilar = 37°C o más).

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se empleó en relación con la variable independiente; interacción enfermera instrumentista - paciente escolar quirúrgico, fue la Interactiva, basada en los momentos de la Teoría Interaccionista de Consecución de Objetivos de King. Para la cual se elaboró un plan de interacción enfermera - paciente escolar quirúrgico, el mismo que fue la variable de intervención (variable independiente).

La técnica que se empleó en relación al estrés del paciente quirúrgico escolar que es la variable dependiente; fue la valoración de enfermería a través de la observación y la entrevista. Como instrumentos se utilizaron: hoja de registro de funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) y una lista de cotejo; los mismos que fueron sometidos a opinión de jueces expertos para su validez.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

La lista de cotejo utilizada para la recolección de los datos y la intervención propuesta han sido evaluados por 05 expertos en el tema y estos resultados fueron procesados según el análisis de índice de expertos, en donde se evaluó la pertinencia, relevancia y claridad; mostrando que los ítems del 1 al 4 de la lista de cotejo ser aprobados por unanimidad y los ítems del 5 al 11, aprobados por mayoría. Cabe resaltar que los expertos realizaron algunos aportes para mejorar el plan de intervención, los cuales fueron tomados en cuenta por el investigador. (Ver anexo N° 6)

3.8. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Los datos recolectados se analizaron a través del programa estadístico SPSS v.22.

Se utilizó un **análisis univariado**, mediante el cual las variables cuantitativas fueron medidas en distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (medias) y medidas de dispersión y en el caso de las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (%).

Se utilizó un **análisis bivariado** con el fin de analizar el efecto de la interacción enfermera-paciente en los parámetros biológicos. Para ello primero se determinó la distribución de las variables cuantitativas, evaluada mediante la prueba de Kolmogorov – Smirnov, prueba que identificó que los datos no seguían una distribución normal, por tanto, se procedió por utilizar una **Prueba No Paramétricas** para dos muestras independientes llamada **U de Mann Whitney**.

Por ello para comparar la variación de la frecuencia cardiaca, presión arterial y frecuencia respiratoria, en ambos grupos (grupo experimental y grupo control) se realizó a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para dos muestras independientes, donde se consideró una diferencia significativa cuando el p fue menor de 0,05.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

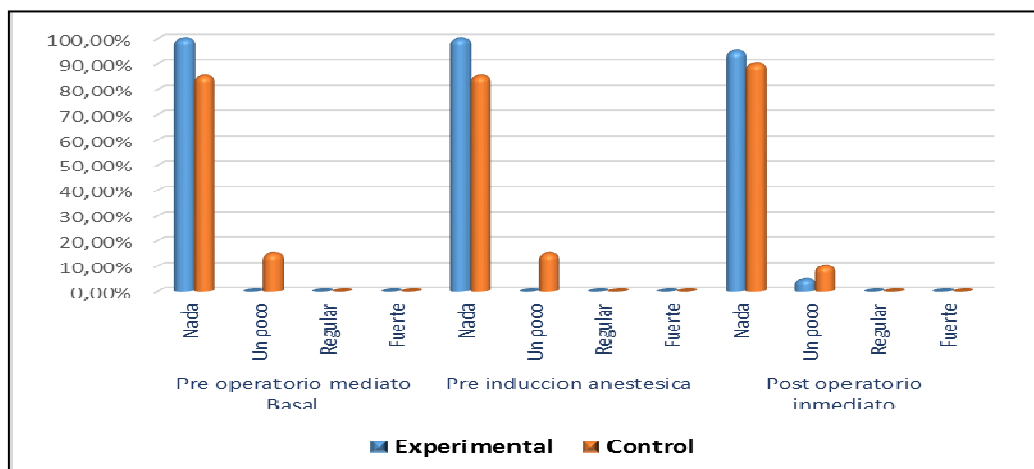
Tabla N1°: Características de los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) en la “Interacción enfermera- paciente para la reducción del estrés”. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Características de los escolares		Experimental		Control	
		N	%	N	%
Edad	6 a 8 años	11	57,1%	11	57,1%
	9 a 11 años	9	42,9%	9	42,9%
Sexo	Masculino	10	55,0%	10	50,0%
	Femenino	10	45,0%	10	50,0%
Intervención quirúrgica	Adenoidectomía	4	20,0%	4	20,0%
	Amigdalotomía	3	15,0%	3	15,0%
	Biopsia+ Exceresis de tumor	1	5,0%	1	5,0%
	Colocación de tubo de Ventilación	1	5,0%	1	5,0%
	Exceresis de tumor	2	10,0%	2	10,0%
	Fremulectomía	1	5,0%	1	5,0%
	Hemiotomía Inguinal	4	20,0%	4	20,0%
	Orquidopexia	2	10,0%	2	10,0%
	Postectomía	2	10,0%	2	10,0%
Total		20	100,0%	20	100,0%

La tabla N° 1 muestra que los escolares quirúrgicos tanto el grupo experimental como del grupo control presentaron las mismas edades, sexo e intervención quirúrgica; lo cual permitió homogenizar los grupos para fines del estudio a fin de evitar sesgos en los resultados, análisis y evaluación de los efectos de la “intervención enfermera- escolar quirúrgico” en la reducción del estrés.

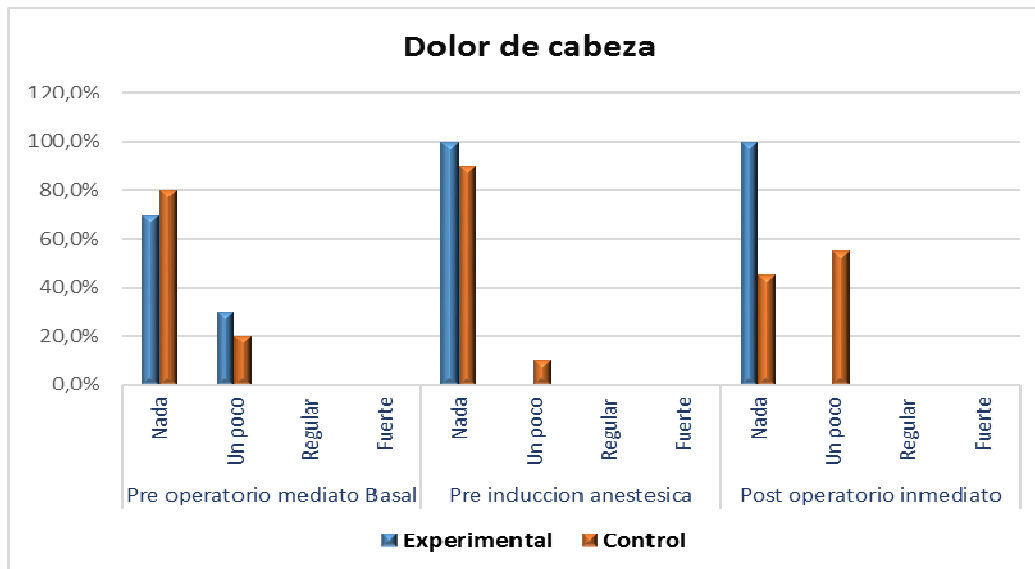
DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE EN LA POBLACION DE ESTUDIO

Gráfico N°1: Dolor de espalda o cuello en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la “Interacción enfermera- paciente para la reducción del estrés”, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



Respecto de la presencia de dolor en la espalda o en el cuello, en la tabla N°2 y Gráfico N° 1, se puede observar porcentajes similares entre el grupo experimental y el grupo control, tanto en la etapa preoperatoria ($p=0.072$), como en la etapa pre inducción anestésica ($p=0.072$) y en la etapa postoperatorio inmediato ($p=0.548$).

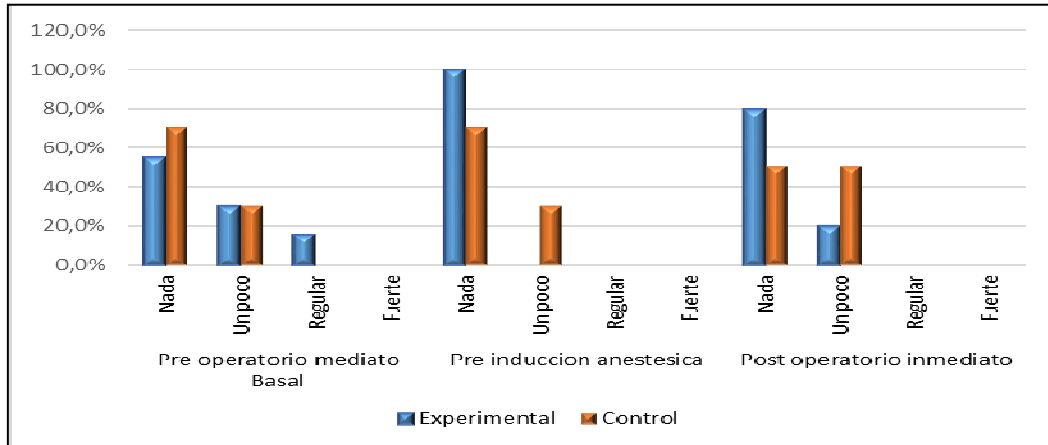
Gráfico N°2: Dolor de cabeza en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



En el Gráfico N° 2, se puede apreciar que el porcentaje de los que manifestaron dolor de cabeza tanto en el grupo experimental como en el grupo control en la etapa del preoperatorio mediato o basal fueron similares ($p = 0,465$); así mismo, en la pre inducción anestésica también se observa porcentajes similares en ambos grupos ($p = 0,147$), pues el 100% de los niños del grupo experimental y el 90% del grupo control no tuvieron dolor de cabeza.

Sin embargo, en la etapa post operatorio inmediato del grupo que participó del proceso de interacción el 100% no sintió dolor de cabeza; siendo que en el grupo control que no participó de esta interacción enfermera - escolar quirúrgico en el 55% hubo un poco de dolor de cabeza y en el 45% no se manifestó este síntoma, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$).

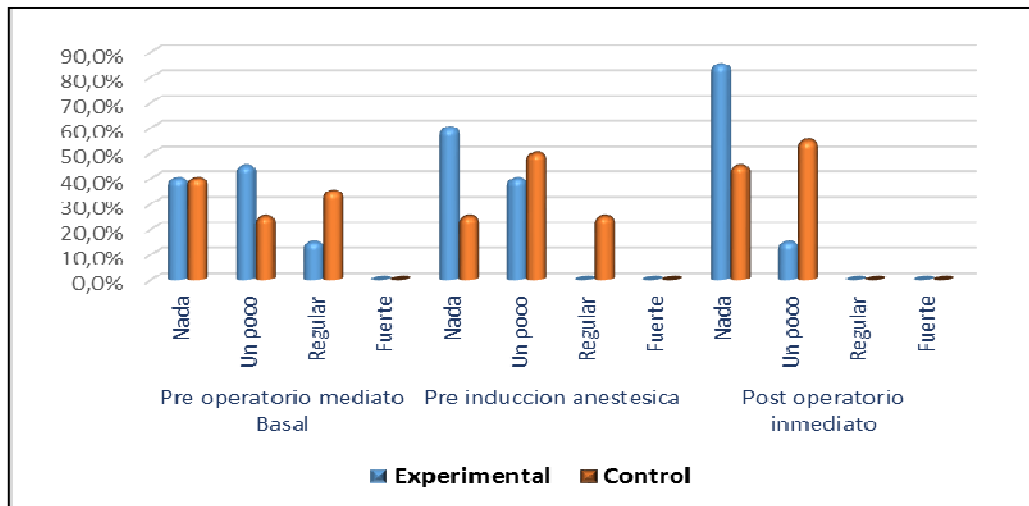
Gráfico N°3: Dolor de estómago en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



En el Gráfico N°3, se observa que en la etapa del pre operatorio inmediato Basal ambos grupos no presentaron dolor de estómago en porcentajes similares ($p = 0.186$). Mientras que, el grupo que participó del proceso de interacción el 100% no sintió dolor de estómago en la etapa de pre inducción anestésica mientras que en el grupo que no participó, el 30% hubo un poco dolor de estómago y el 70% no manifestó este síntoma, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.008$) en estos grupos. En la etapa post operatoria, se evidencio que en el 80% del grupo experimental no hubo dolor de estómago y en el 20% un poco de dolor, mientras que el 50% del grupo control manifestó dolor de estómago y el 50% un poco de dolor de estómago, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas. ($p=0.047$).

En el Gráfico N°4, se observa que del grupo que participó del proceso de interacción el 60% no sintió prurito ni escozor en el cuerpo en la etapa de pre inducción anestésica y se manifestó un poco de dolor en un 40% mientras que en el grupo que no participó de este proceso en el 50% hubo un poco de dolor de estómago y en el 25% este síntoma se manifestó de manera regular, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.017$).

Gráfico N°4: Prurito, escozor en el cuerpo de escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



Asimismo, el 85% no sintió prurito ni escozor en el cuerpo en la etapa post operatoria inmediata; sin embargo, en el grupo que no participó de este proceso en el 55% hubo un poco de prurito ni escozor en el cuerpo y en el 45% no se manifestó este síntoma, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.008$).

En lo correspondiente a la presencia del síntoma de presión en el pecho, se puede apreciar tanto en el Gráfico N°5, la evidencia de porcentajes similares entre lo referido por el grupo experimental y lo referido por el grupo control, tanto en la etapa preoperatoria ($p=0.147$) y asimismo porcentajes iguales referidos por los escolares quirúrgicos para la etapa de pre inducción anestésica y el pos operatorio inmediato.

Gráfico N°5: Presión en el pecho en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

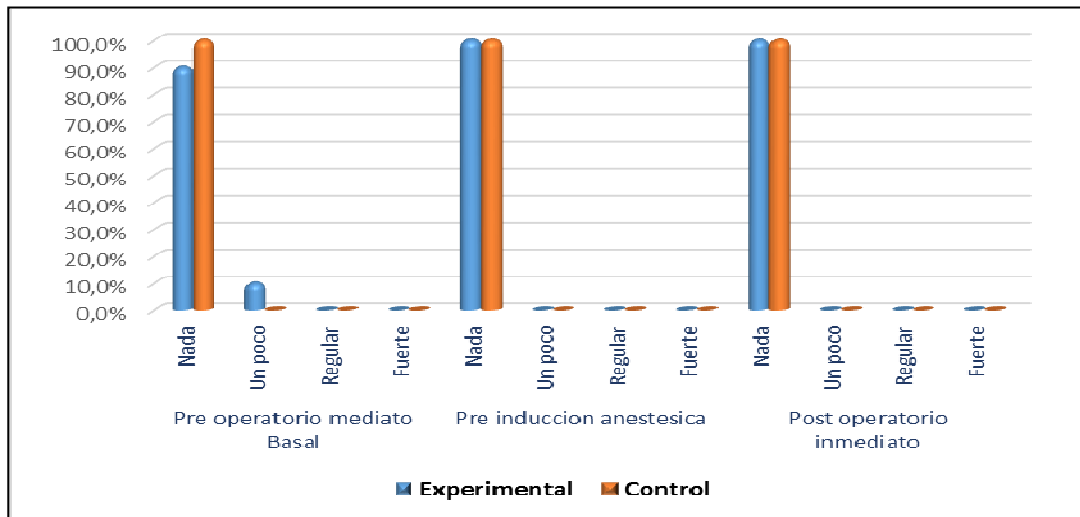
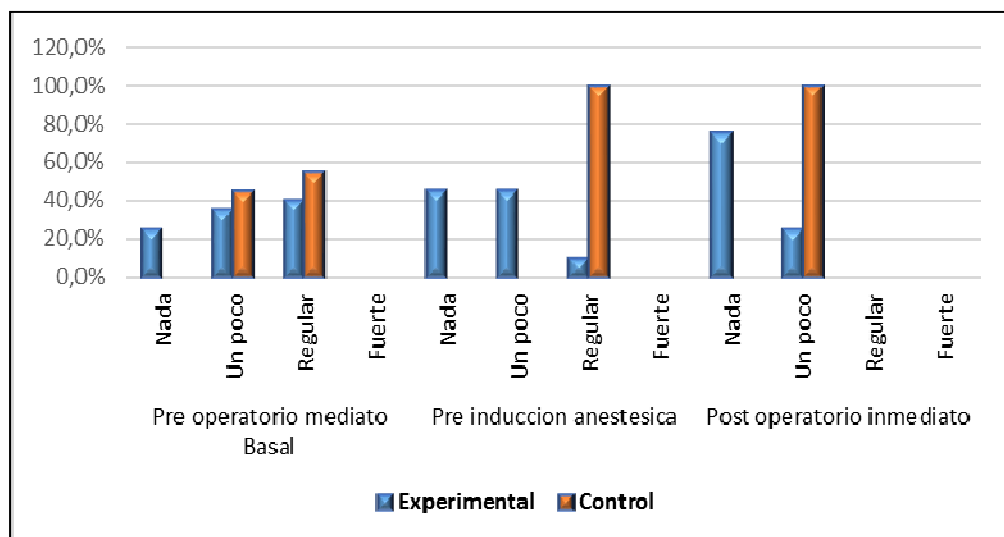


Gráfico N°6: Sudor de manos en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

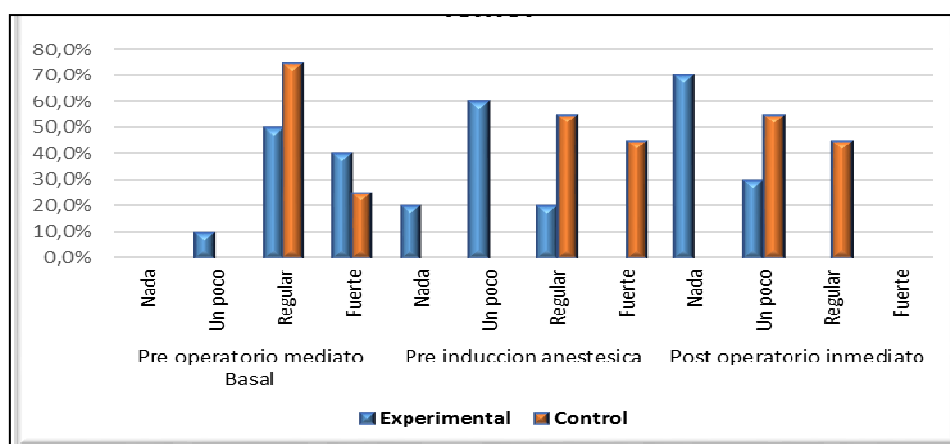


En el gráfico N°6 se observa que en el pre operatorio mediato Basal ambos grupos presentaron sudoración en las manos en porcentajes similares ($p = 0.057$).

Mientras que, en la etapa de pre inducción anestésica, el grupo que participó del proceso de interacción al 45% no le sudó las manos y al 45% le sudó las manos un poco, mientras que al 100% del grupo que no participó de este proceso le sudó la mano de forma regular, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$) entre los porcentajes.

Asimismo, el 75% de los pacientes del grupo experimental no presentó sudor en las manos en la etapa post operatorio inmediato; sin embargo, en el grupo control se observó que a los pacientes les suda un poco las manos, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$).

Gráfico N°7: Temor en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



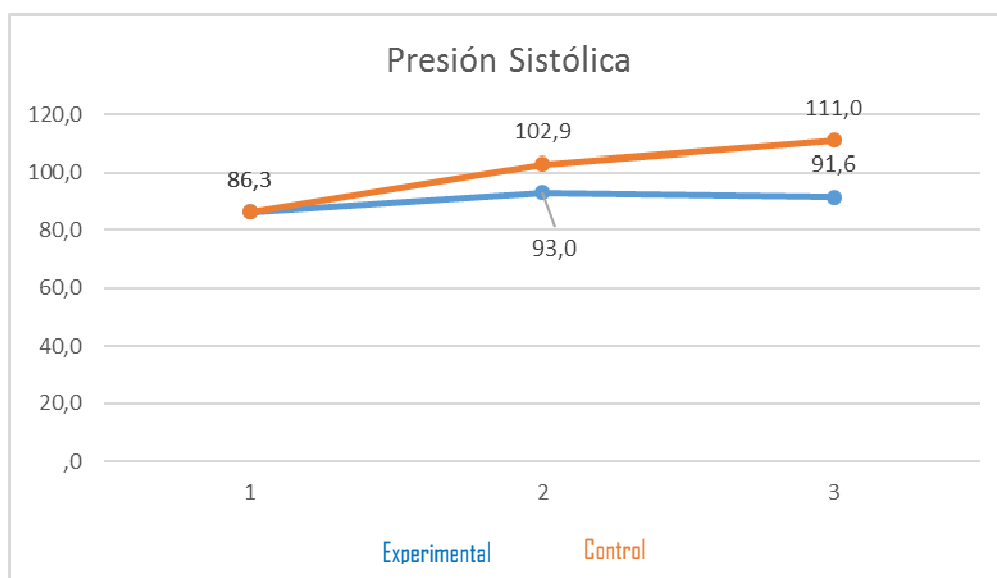
En el gráfico N°7, se observa que el 50% y 40% de los pacientes que formaron parte del grupo experimental sintieron de fuerte a regular temor respectivamente en la etapa preoperatorio mediano basal y del 75% a 25% del grupo control manifestó de regular y fuerte temor en esta misma etapa, observándose porcentajes similares ($p=0.158$).

En la etapa de pre inducción anestésica, un 60% manifestó sentir un poco de temor por parte del grupo experimental mientras que el 55% y 45% del

grupo control refirió sentir de regular a fuerte temor respectivamente, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$).

Asimismo, en la etapa post operatorio inmediato, el 70% de los pacientes que formó parte del grupo experimental no manifestó temor, mientras que el 55% y 45% de los pacientes que son parte del grupo control manifestó un poco a regular temor respectivamente, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$).

Grafico N°8: Presión sistólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

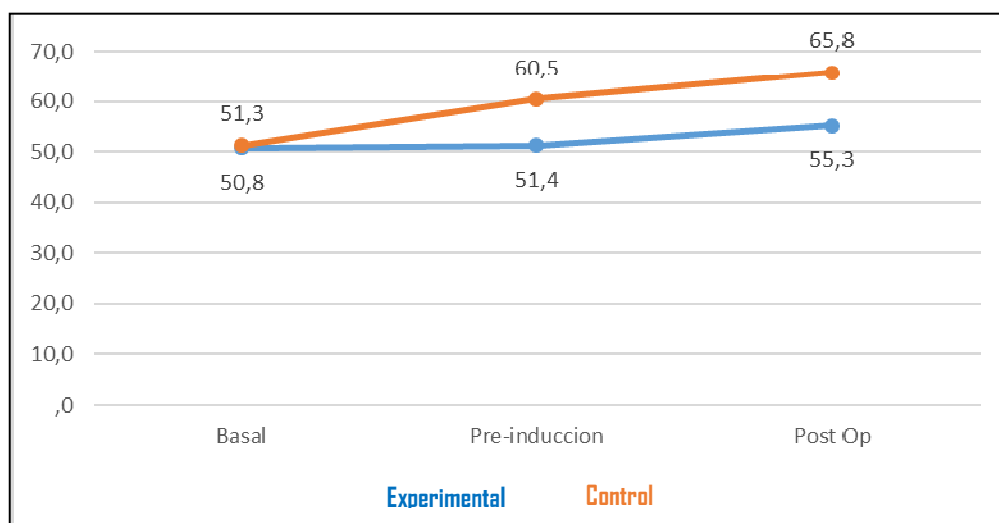


En el gráfico N° 8, se observa la presión sistólica según grupo experimental (participaron) y grupo control (no participaron) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, donde: En la etapa basal se observa presiones sistólicas promedios iguales en ambos grupos (86.3). en la etapa de pre inducción, los pacientes del grupo experimental tuvieron una presión sistólica promedio menor (93.0) que la del grupo control (102.9), observándose diferencias significativas ($p=0.001$); en la fase post operatoria en el grupo experimental se

evidencia un promedio de presión sistólica de 91.6, valor menor al promedio de la presión en el grupo control que es 111, observándose diferencias significativas ($p=0.000$), que indican una relación entre la presión sistólica y el estrés.

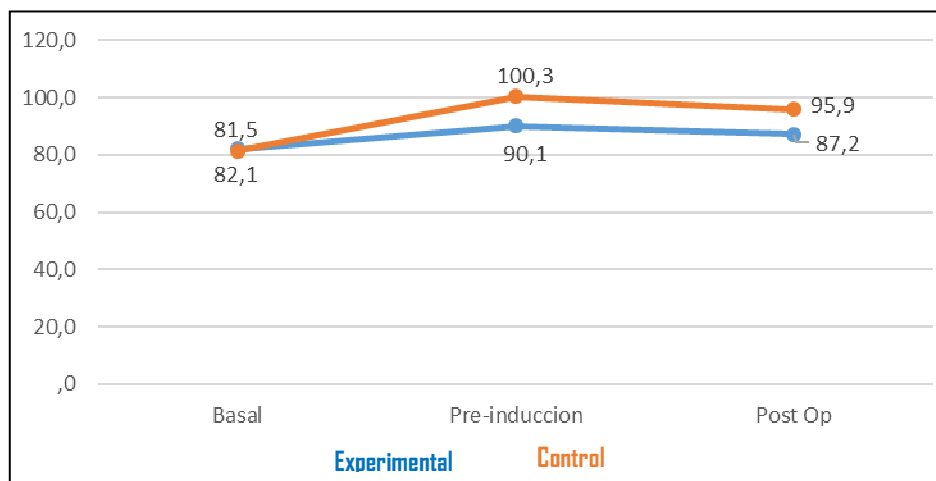
En el gráfico N° 9, se observa la presión diastólica según grupo experimental (participaron) y grupo control (no participaron) del proceso de interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, donde: Los pacientes del grupo experimental tuvieron una presión diastólica menor (51.4) que del grupo control (60.5) en la fase de pre-inducción observándose diferencias significativas ($p=0.012$).

Gráfico N°9: Presión diastólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



Asimismo en la fase post operatoria del grupo experimental se evidencia que el promedio de la presión diastólica es 55.3 menor al promedio de la presión en el grupo control que es 65.8, observándose diferencias significativas ($p=0.001$), lo que indica que hay relación entre la presión diastólica y el grupo de estudio.

Gráfico N°10: Frecuencia cardiaca en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



En el gráfico N° 10, se observa la frecuencia cardiaca según grupo experimental (que participaron) y grupo control (no participaron) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, partieron ambos con un basal de 82.1 y 81.5 tanto para el grupo control como grupo experimental; en la medición posterior, los pacientes del grupo experimental tuvieron una frecuencia cardiaca menor (90.1) que del grupo control (100.3) en la fase de pre-inducción observándose diferencias significativas ($p=0.003$).

En la fase post operatoria del grupo experimental se evidencia que el promedio de la frecuencia cardiaca es 87.2 menor al promedio de la presión en el grupo control que es 95.9, observándose diferencias significativas ($p=0.005$), lo que indica que hay relación entre la frecuencia cardiaca y el grupo de estudio.

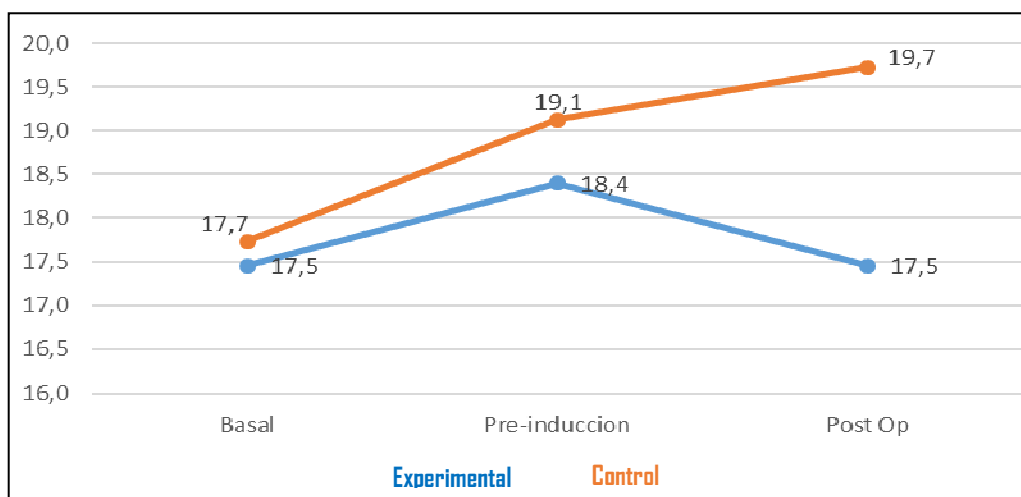
En el gráfico N° 11, se observa la frecuencia respiratoria basal de 17.5 y 17.7, según grupo experimental (que participaron) y grupo control (no

participaron) de la “interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés”

Mediciones posteriores dan cuenta que los pacientes del grupo experimental tuvieron una frecuencia respiratoria menor (90.1) que del grupo control (100.3) en la fase de pre-inducción observándose diferencias significativas ($p=0.003$).

Asimismo en la fase post operatoria del grupo experimental se evidencia que el promedio de la frecuencia respiratoria es 87.2 menor al promedio de la presión en el grupo control que es 95.9, observándose diferencias significativas ($p=0.005$), lo que indica que hay relación entre la frecuencia respiratoria y el grupo de estudio.

Gráfico Nº 11: Frecuencia respiratoria en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016



4.2. DISCUSION

El sistema nervioso central juega un papel importante en la regulación del aparato cardiovascular, pues estímulos como una intervención quirúrgica puede generar estrés, lo que lleva al aumento de indicadores biológicos y psicológicos. En el presente estudio, se evaluó el estrés quirúrgico en un grupo que recibió y no una interacción enfermera-paciente, a través de síntomas (dolor de cabeza, dolor de estómago, sudor de manos, etc.) y signos de estrés (presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria), cuyos resultados serán comparados con otros estudios.

Respecto a los síntomas de estrés, en el presente estudio se observó que el dolor de estómago, el prurito y escozor en el cuerpo, el sudor de manos y el temor tuvieron una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control en los momentos de la pre-inducción anestésica y del post-operatorio inmediato demostrando la efectividad de la interacción enfermera-paciente en la disminución de estos síntomas de estrés en los niños escolares, lo cual se asemeja al estudio de **Chuquimez**, quien a pesar de haber realizado su trabajo en pacientes adultos, también encontró que la influencia de la interrelación enfermera-paciente contribuye a disminuir los niveles de estrés físico ante una cirugía. Esto permite develar que la interacción enfermera-paciente se trata de una adecuada herramienta de psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica con varias ventajas sobre todo en un momento de tensión en este grupo poblacional como es el sometimiento a una intervención quirúrgica, favoreciendo a que el niño se tranquilice y tenga conocimiento del tipo de procedimiento que se le va a realizar.

En el presente trabajo, los pacientes escolares que recibieron la interacción con la enfermera tuvieron una presión arterial sistólica y

diastólica menor comparada con el grupo control, tanto en la fase de pre-inducción anestésica y postoperatoria ($p < 0.05$). Estos resultados coinciden con el estudio realizado por **Rodríguez M. et al** pues observan una correlación estadísticamente significativa entre las modificaciones del parámetro biológico de la presión arterial media y la existencia o no de una preparación psicológica previa a un tratamiento quirúrgico. Es por ello que se demuestra un efecto positivo de la interacción enfermera-paciente sobre el estrés en escolares quirúrgicos a través de la presión arterial sistólica y diastólica. Ante ello, cabe resaltar que la presión arterial se ve afectada en una situación de estrés, sin embargo si se brinda seguridad al paciente escolar mediante la interacción continua de la enfermera, produciría un incremento de la presión arterial menor a quienes no reciben dicha interacción.

Asimismo, en la presente investigación, la frecuencia cardíaca de los pacientes que recibieron la interacción con la enfermera, fue menor en comparación con el grupo control ($p < 0.05$), tanto en la pre inducción anestésica como en el postoperatorio, evidenciándose de esta manera un efecto positivo de la interacción enfermera-paciente en la disminución del estrés de los escolares mediante la frecuencia cardíaca. Situación similar encontró **Rodríguez M. et al** en su estudio, pues la frecuencia cardíaca varió significativamente en el postoperatorio ($p < 0.005$) respecto a la existencia o no de una preparación psicológica previa a un tratamiento quirúrgico. Ante estos resultados, cabe mencionar que fisiológicamente el estrés produce un incremento de la frecuencia cardíaca, pero con la interacción de la enfermera-paciente se brinda seguridad al paciente escolar, lo que contribuye a que la elevación de la frecuencia cardíaca no sea muy elevada como cuando no existe la interacción.

En cuanto a la frecuencia respiratoria, en el presente estudio se halló que en el grupo interacción enfermera-paciente hubo una menor frecuencia respiratoria en el postoperatorio con respecto al grupo que no recibió la

interacción, demostrando un efecto positivo de la interacción enfermera-paciente en el estrés quirúrgico mediante la frecuencia respiratoria. Posiblemente esta situación se ha producido porque el estrés induce a reacciones en la respiración, repercutiendo mediante cambios en la ventilación, ya sea aumentando o disminuyendo; al realizarse la interacción enfermera-paciente, el efecto encontrado fue un leve aumento de las respiraciones en el postoperatorio, a diferencia del grupo que no recibió la interacción, quienes manifestaron un mayor aumento de las respiraciones.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El proceso de interacción de la enfermera-paciente, en la reducción del estrés en escolares quirúrgicos atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2016 tuvo un efecto positivo, pues los pacientes escolares quirúrgicos a quienes se les realizó la intervención mostraron en menor porcentaje de signos y síntomas de estrés, conforme se desarrollaba su atención, así también sus funciones vitales se mantuvieron menos variables en comparación del grupo que no participo de la intervención.
- Los signos y síntomas fueron similares durante el periodo pre operatorio mediato Basal de los escolares quirúrgicos que participaron en el proceso de interacción con la enfermera y en el grupo que no participó de esta intervención.
- Los signos y síntomas de estrés que variaron significativamente durante la pre inducción anestésica en los escolares quirúrgicos que participaron en el proceso de interacción con la enfermera, respecto al grupo que no participó fueron el dolor de estómago ($p=0.008$), el prurito y escozor ($p = 0.017$), el sudor de manos ($p = 0.000$), el temor ($p = 0,000$), el dolor en la espalda o en el cuello ($p = 0.000$), la presión sistólica ($p = 0.001$), la presión diastólica ($p= 0.012$) y la frecuencia cardíaca ($p = 0.005$), evidenciándose que en el grupo experimental los signos y síntomas fueron más menos frecuentes y en menor intensidad.
- Los signos y síntomas de estrés que variaron significativamente durante el post operatorio inmediato en los escolares quirúrgicos que participaron en el proceso de interacción con la enfermera, respecto al

grupo que no participó fueron el dolor de cabeza ($p= 0.000$), el dolor de estómago ($p=0.0.047$), el prurito y escozor ($p = 0.008$), el sudor de manos ($p = 0.000$), el temor ($p = 0,000$), el dolor en la espalda o en el cuello ($p = 0.000$), la presión sistólica ($p = 0.000$), la presión diastólica ($p = 0.001$), la frecuencia cardíaca ($p = 0.005$) y la frecuencia respiratoria ($p=0.004$), evidenciándose que en el grupo experimental los signos y síntomas fueron más menos frecuentes y en menor intensidad.

5.2. RECOMENDACIONES

- Debido a los efectos positivos de la intervención de enfermería hacia los niños, se sugiere la implementación de la interacción enfermera-paciente en los diferentes hospitales como estrategia para preparar física y emocionalmente al paciente escolar sometido a un factor estresante como es la intervención quirúrgica, con la finalidad de contribuir a su salud y a su bienestar psicológico.
- Se recomienda que el profesional de enfermería incluya a los padres o familiares a cargo en la interacción enfermera-paciente, de tal manera que ellos también se encuentren instruidos para apoyar a sus menores hijos en el proceso quirúrgico, siendo una influencia conjunta positiva en la seguridad del niño.
- Se sugiere sensibilizar a las enfermeras en la temática de las relaciones interpersonales, específicamente direccionadas a escolares y a sus acompañantes para que estos pacientes enfrenten satisfactoriamente la intervención quirúrgica.

5.3. LIMITACIONES

Debido a que el estudio es cuasi experimental existen algunas limitaciones que se presentaron en el transcurso de la intervención enfermera-paciente durante el proceso quirúrgico, el cual fue el control y registro de los parámetros biológicos de manera estricta y continua según

los diferentes momentos. Otra limitación fue que la población de estudio era menor de edad, y por tanto ocurrió una demora en obtener los permisos de la institución para poder ejecutar la investigación, además de la aceptación de los padres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Escamilla, M. (2005). *El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación*. Colombia: Universidad Javeriana. Recuperado de: http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm
- Mora, S. (2015). *Diseño de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio del paciente quirúrgico*. Trabajo de grado. Universidad de Lleida, España.
- Orihuela, I., Pérez, J., Aranda, T., Zafra, J., Jiménez, R., Martínez, A., et al. (2010). Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería clínica*, 20(6), 349-354. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-visita-preoperatoria-enfermeria-evaluacion-efectividad-S1130862110001683>
- Rodríguez, M., Dearmas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo, P., Suarez, A., & Berazategui, R. (2005). Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch Pediatr Urug*, 76(1), 27-37.
- Oliva, K., Cenoz, E., Ensaldo, E., Núñez, J., Osorno, C., & Alfaro, P. (2014). Influencia del estrés sobre los signos vitales en pacientes pediátricos tratados con anestesia dental. *Revista ADM*, 71(4), 183-187.
- Fernández, L., Machado, C., Fernandes, V., & Salazar, M. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 32, 88-103.
- Fernández, A., & López, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. Asociación Española de Psicología Conductual. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.

- Ruiz, V. (2012). *El nivel de estrés en los pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Provincial General de Latacunda*. (Tesis para optar el título de médico cirujano). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma Regional de los Andesuniandes, Ambato, Venezuela.
- Rojas, M., & Azevedo, D. (2013). Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio De Alcalá, Cumaná, Venezuela. *Saber.*, 25(3).
- Carrascosa, M. T., Aguilar, R., & Carrascosa M. C. (2010). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual en el Complejo Hospitalario de Jaén, España. *Asociación Española de Enfermería en Urología.* , 13,16.
- Chuquimez. (2008). *Influencia del Cuidado de Enfermería sobre los niveles de Estrés del Paciente Post Operado en Cirugía Cardiovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo – MINSA 2006*. (Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Becerra, F., & Tacilla, L. (2015) *Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés del paciente hospitalizado en los servicios de medicina. Hospital Regional Docente de Trujillo*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Alba, A., Fajardo, G., Tixtha, E., & Papaqui, J. (2012). La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 138-141.
- Müggenburg, M., Riveros, A. (2012). Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. *Enferm. Univ.*, 9(1).

- Noreña, A., Cibanal, L., Alcaraz, N. (2010). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev. Esp. Com. Sal.*, 1(2), 113 - 129. Recuperado de: http://www.aecs.es/1_2_interaccion%20comunicativa.pdf
- Marriner, A., & Raile, M. (2011). Modelos y Teorías en enfermería. 7 ed. España: Elsevier.
- Cisneros, F. (2002). *Introducción a los modelos y Teorías de enfermería*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (s.f.). Teorías y modelos. Unidad IV: Análisis de las Teorías y Modelos de enfermería. Recuperado de: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Teorias_modelos/Unidad%204/Analisis%20de%20las%20Teorias%20y%20Modelos%20de%20Enfermeria.pdf
- Basset, I., Estévez, R., Leal, M., Granados, G., & López, J. (2011). Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, D.F. *Enfermería neurológica*, 10(1), 27-31. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111f.pdf>
- Daneri, F. (2012). Trabajo Práctico: Psicobiología del estrés. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Best, Ch., & Taylor, N. (2010) Bases fisiológicas de la práctica médica. 14 ed. Buenos Aires: Panamericana.
- De Camargo, B. (s.f.). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78-86. Recuperado de: http://www.conductitlan.net/psicologiaclinica/estres/estres_2.pdf
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). Tratado de fisiología médica. 11 ed. España: Elsevier.
- Albino, M (2005). *Tratamiento dental y estrés en niños de 6 a 12 años de edad*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1435/1/Albino_em.pdf
- Salaverría, M., Vasquez, P., Rios, Z., Zúñiga, V., Gomez, P., & Ortiz, V. (2011). *Estrés Post Quirúrgico*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado de: <https://psiquiatriaefacmed.files.wordpress.com/2011/04/estrc3a9s-postquirc3bargico.pdf>
- Montero, L. (2014). *Estrés del paciente quirúrgico: percepción e intervención preoperatoria de los enfermos*. Trabajo de grado de enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- Troncoso, V. (2011). Evaluación preoperatoria. *Rev. Med. Clin. Condes*, 22(3), 340-349. Recuperado de: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/340-349-dr-troncoso.pdf
- Whaley, L., y Wong, D. (1992). Tratado de enfermería pediátrica. 2ª ed. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. (2009). Psicología del desarrollo. 11ª ed. México: Mc Graw Hill.
- Aguilar, J. (2012). Tratado de enfermería del niño y adolescente. Cuidados pediátricos. 2 ed. España: Elsevier.
- Alonso, J. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 56-70. Recuperado de: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/08/programa-de-pre-preop-psicologica-ninos.pdf>
- Lizasoáin, O., Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 5, 75-85.

García, A., Álvarez, M., Arias, R., Marín, M. (1999). Estrés quirúrgico y atención de enfermería. Experiencia en el Hospital Universitario "Calixto García Íñiguez" en 1996. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 159-63. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf04399.pdf

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

N°		PÁG.
01	Matriz de consistencia	84
02	Operacionalización de variables	86
03	Descripción del abordaje de la fístula arterio venosa	88
04	Consentimiento informado	94
05	Instrumento	95
06	Validación del instrumento	97
07	Tabla N°2: Dolor de espalda o cuello en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la “Interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés”. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	98
08	Tabla N°3: Dolor de cabeza en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	98
09	Tabla N°4: Dolor de estómago en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	99
10	Tabla N°5: Prurito, escozor en el cuerpo en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés	100
11	Tabla N°6: Presión en el pecho en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	101
12	Tabla N°7: Sudor de manos en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	102
13	Tabla N°8: Temor en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	103

N°		PÁG.
14	Tabla N°9: Presión sistólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	104
15	Tabla N°10: Presión diastólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	104
16	Tabla N°11: Frecuencia cardíaca en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	105
17	Tabla N°12: Frecuencia respiratoria en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016	105

ANEXO N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE	MOMENTOS	ASPECTOS A CONSIDERAR
¿Cuál es la efectividad de la "interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés" en escolares quirúrgicos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el año 2016?	Objetivo General Determinar la efectividad de la interacción enfermera-escolar quirúrgico, en la reducción del nivel de estrés en escolares quirúrgicos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el año 2016.	Hipótesis general: H.1: Los escolares quirúrgicos que participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés" presentaron bajos o nulos niveles de estrés en comparación con los que no participaron de dicha interacción. H.0: Los escolares quirúrgicos que participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés" presentaron iguales niveles de estrés en comparación con los que no participaron de dicha interacción.		1. Acción 5. Reacción 6. Interacción	- Presentación y saludo de la enfermera de centro quirúrgico ante el paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante. - Respuestas verbales y no verbales del paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante frente al saludo y presentación de la enfermera de centro quirúrgico. - Establecimiento de la comunicación. - Indagación sobre el nivel de comprensión actual del paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante, acerca de lo referente a su intervención quirúrgica. - Planteamiento con el paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante de los objetivos de mutuo acuerdo.
	Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none">Identificar diferencias en los signos y síntomas de estrés durante el periodo pre operatorio mediato, en escolares quirúrgicos que participaron y no participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés".Identificar diferencias	Hipótesis específicas <ul style="list-style-type: none">Los escolares quirúrgicos que participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés" presentaron bajos o nulos niveles de estrés en el preoperatorio mediato, en comparación con los que no participaron de dicha interacción.Los escolares quirúrgicos		4. Transacción	- Transmisión de información de la enfermera de centro quirúrgico al paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante de todo lo referente a su intervención quirúrgica, acorde al Plan de interacción de enfermera - paciente escolar quirúrgico sustentada en la Teoría de Imogene King.
			VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
				Signos	- Variación significativa de la presión arterial media en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato. - Variación significativa de la frecuencia cardiaca en el pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato. - Variación significativa de la frecuencia respiratoria en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.

	<p>en los signos y síntomas de estrés durante el periodo de pre inducción anestésica, en escolares quirúrgicos participaron y no participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar diferencias en los signos y síntomas de estrés durante el periodo post operatorio inmediato, en escolares quirúrgicos y no participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés". 	<p>que participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés" presentaron bajos o nulos niveles de estrés en el periodo de pre inducción anestésica, en comparación con los que no participaron de dicha interacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los escolares quirúrgicos que participaron en la "Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés" presentaron bajos o nulos niveles de estrés en el postoperatorio inmediato, en comparación con los que no participaron de dicha interacción. 	<p>Estrés</p>	<p>Síntomas</p>	<p>-Sudor de manos en la, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p> <p>- Cefalea en el pre operatorio mediato pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p> <p>- Dolor muscular en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p> <p>- Prurito en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p> <p>- Dolor estomacal en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p> <p>- Dolor precordial en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p> <p>- Temor en la pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.</p>
--	---	---	----------------------	-----------------	--

ANEXO N°02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MOMENTOS	ASPECTOS A CONSIDERAR
Interacción enfermera-paciente en la reducción del estrés.	Es la relación terapéutica que establece la enfermera con el paciente escolar quirúrgico y familiar acompañante, donde ella aporta conocimientos y habilidades específicas relacionadas al proceso quirúrgico, que lleva a la consecución de objetivos y cuidados de enfermería efectivos en la reducción del estrés del paciente escolar quirúrgico, y que, sigue los momentos de acción, reacción y transacción, sustentados en la Teoría de Imogene King.	Es la relación terapéutica que establece la enfermera con el escolar quirúrgico y su familiar acompañante, iniciada en la etapa preoperatoria, con el fin disminuir su estrés, ayudándole a comprender la importancia y necesidad del acto quirúrgico y anestesia, los procedimientos en los que participará, el papel que realizará la enfermera para atender sus necesidades, las formas de comunicación que podrá utilizar si tiene alguna necesidad, e identificar al equipo quirúrgico y su indumentaria, los ambientes quirúrgicos y los materiales biomédicos que se le colocarán (electrodos, brazalete del tensiómetro, dedal del pulsoxímetro, máscara de ventilación, máscara de oxígeno, gorro), sustentada en la Teoría de Imogene King, que sigue los momentos de acción, reacción, interacción y transacción, y culmina en el post operatorio mediato.	<p>1. Acción.</p> <p>2. Reacción.</p> <p>3. Interacción.</p> <p>4. Transacción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y saludo de la enfermera instrumentista ante el paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante. - Respuestas verbales y no verbales del paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante frente al saludo y presentación de la enfermera instrumentista. - Establecimiento de la comunicación. - Indagación sobre el nivel de comprensión actual del paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante acerca de lo referente a su intervención quirúrgica. - Planteamiento con el paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante de los objetivos de mutuo acuerdo. - Trasmisión de información de la enfermera instrumentista al paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante de todo lo referente a su intervención quirúrgica, acorde al plan de interacción de enfermería.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Estrés	Es la magnitud de la respuesta ante un estímulo que excita a las células hipotalámicas produciendo hipersecreción de corticotropina, la que a su vez induce la secreción de adrenocorticotropina, dando por consiguiente incremento de la secreción de corticosteroides y testosterona que se traduce en diversos signos y síntomas que son evaluables bajo diversos mecanismos clínicos o de laboratorio.	Es una situación que experimenta el escolar quirúrgico, frente a la operación del que va a ser y es sujeto, evidenciado en signos y síntomas evaluables; considerando el control de la PA, FC y FR para los signos y que pueden estar presentes en valores normal, bajo o alto en el momento de la medición en el pre operatorio inmediato, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato. Así como a la evaluación de signos como dolor de espalda, dolor de cabeza, sensación de prurito, presión en pecho, dolor de estómago, sudor de las manos y sensación de miedo; los cuales pueden estar ausentes ó presentes en diferente magnitud en el pre operatorio inmediato, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	1. Signos de estrés.	- Presión arterial media	Normal Baja Alta
				-Variación significativa de la frecuencia cardiaca en el pre operatorio inmediato, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	Normal Baja Alta
				-Variación significativa de la frecuencia respiratoria en el pre operatorio inmediato, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	Normal Baja Alta
			2. Síntomas de estrés	-Dolor de espalda en el cuello en el pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	Ausente Poco Regular Fuerte
				-Dolor de cabeza en el pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	
				-Sensación de prurito en pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	
				- Presión en el pecho en el pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	
				-Dolor de estómago en pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	
				-Sudor en las manos en el pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	
				-Sensación de miedo en el pre operatorio, pre inducción anestésica y post-operatorio inmediato.	

ANEXO N°03: INTERACCIÓN ENFERMERA- PACIENTE PARA LA REDUCCION DEL ESTRÉS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO ESCOLAR

INTRODUCCION

Los actos quirúrgicos representan indudablemente, un evento estresante para muchos pacientes independientemente del motivo y la edad en la que se encuentran inmersos, más aún si el paciente se encuentra en edades que aún no comprenden como deben enfrentar y contribuir para que la magnitud de los daños o enfermedades, se aminore con una participación más adecuada por parte de ellos, a eso se suma que estos eventos le significan la separación o alejamiento de sus seres queridos, el proceso mismo de adaptación al ambiente hospitalario entre otros; alrededor de esta circunstancias pueden surgir varias respuestas emocionales, ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen serias consecuencias en la recuperación postoperatoria.

Es por ello que se considera importante y necesario un programa educativo o plan de interacción que considere la preparación de los pacientes escolares en la etapa preoperatoria, y que incluya aspectos de información sobre el personal y ambiente quirúrgico, su intervención operatoria, la participación adecuada del mismo en las diversas etapas, así como los resultados que se esperan lograr; con la finalidad de generar confianza, mejorar la dinámica del paciente y disminuir las complicaciones postoperatorias.

GRUPO BENEFICIARIO

Escolares quirúrgicos que se encuentren en etapa preoperatoria.

METODOLOGIA

Interacción enfermera - paciente escolar quirúrgico, basado en la Teoría de Imogene King (teoría de Logro de Metas). Considera como Momentos de la Interacción:

- a. Acción:** se inicia con el acercamiento de la enfermera hacia el paciente escolar quirúrgico, la valoración de sus preocupaciones, problemas y trastornos de la salud; en este momento cada miembro de la tríada (paciente-familia-enfermera) percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones; es importante resaltar que este primer contacto influirá mucho en la percepción

del escolar y su familiar acompañante hacia la enfermera, para el establecimiento de una interacción favorable.

- b. Reacción:** las actividades iniciadas en la etapa previa, culminan en la reacción; en este caso será la respuesta del escolar quirúrgico y familiar acompañante ante el acercamiento de la enfermera.
- c. Interacción:** resultado de las etapas previas de acción y reacción, proceso de comunicación enfermero - paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante; involucra la comunicación asertiva que se establezca entre la tríada, donde entran en juego la comprensión de la información del proceso quirúrgico por parte del paciente escolar y familiar acompañante, involucra diferentes modalidades para lograr la confianza del paciente y acompañante, tales como: realización de juegos con el niño, visualización de imágenes, videos, personas, lugares y objetos, con los que entrara en contacto y con los que tiene que familiarizarse, entre otros.
- d. Transacción:** logro de la precisión perceptiva en las interacciones, donde se dará una propuesta de objetivos mutuos, la transacción se produce cuando se establece una relación recíproca entre el enfermero-escolar quirúrgico – familiar acompañante, para establecen de mutuo acuerdo los propósitos a alcanzar.

MEDIOS Y MATERIALES

- Recurso verbal.
- Cuentos.
- Fotografías.
- Gráficos.
- Imágenes interactivas.
- Ambientes quirúrgicos.
- Insumos de materiales quirúrgicos.
- Lápiz, lapicero y cuaderno de notas
- Equipos e Instrumentos de evaluación

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Propiciar la reducción del estrés en el periodo pre operatorio, pre inducción anestésica y post operatorio, en pacientes escolares quirúrgicos, para su participación efectiva en su proceso de recuperación postquirúrgica.
- Contribuir a la disminución de complicaciones postquirúrgicas derivadas del estrés en los pacientes escolares quirúrgicos.

Objetivos específicos

- Favorecer la reducción de signos y síntomas de estrés en el periodo pre operatorio mediano basal en escolares quirúrgicos que participaron en la interacción enfermera- paciente.
- Favorecer la reducción de signos y síntomas de estrés en el periodo de pre inducción anestésica en escolares quirúrgicos que participaron en la interacción enfermera-paciente.
- Favorecer la reducción de signos y síntomas de estrés en el periodo post operatorio en escolares quirúrgicos que participaron en la interacción enfermera-paciente.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

- Lugar: Servicio de cirugía, habitación del pre escolar quirúrgico y ambientes quirúrgicos y de recuperación.
- Cronograma: De acuerdo a la programación quirúrgica, un día antes de la misma.

CONTENIDO DE LA INTERVENCION:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	MOMENTOS	ACCIONES	AYUDAS
<p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante identificarán a la enfermera instrumentista y la razón de la interacción.</p> <p>Al dirigirse a la enfermera instrumentista lo harán llamándola por su nombre.</p>	<p>1ª Acción.</p>	<p>-Se inicia un día anterior a la cirugía, consiste en que la enfermera del servicio de cirugía pediátrica presenta a la enfermera de centro quirúrgico al paciente quirúrgico escolar y a su familiar acompañante.</p> <p>-La enfermera de centro Quirúrgico saluda y se presenta muy sonriente y amablemente ante el paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante.</p> <p>- Seguidamente explica los motivos de la interacción.</p>	
<p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante responderán al saludo amablemente y sus expresiones verbales y gestuales serán de aceptación.</p>	<p>2ª Reacción</p>	<p>-Esperar la respuesta del paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante con expresiones corporales amicales, de empatía y de receptividad.</p> <p>-Indagar sobre el nivel de comprensión actual del paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante acerca de lo referente a su intervención quirúrgica.</p>	
<p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante manifestarán sus inquietudes, así como la voluntad de participar activamente solicitando en forma espontánea información.</p>	<p>3ª Interacción.</p>	<p>- Narrar el cuento: "Alex no le tiene miedo a nada", que ha sido adaptado en relación a la experiencia de un niño ante una cirugía, y se recogió las inquietudes e indagó sobre el nivel de comprensión actual del paciente y familiar acompañante concernientes a la</p>	<p>- Cuento. -Papel y lapicero. -Plumones y papel. - Gráficos.</p>

		intervención quirúrgica y aspectos relativos a esta. -Recoger las inquietudes del paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante respecto a su intervención quirúrgica.	-Imágenes interactivas.
<p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante participarán activamente en el planteamiento de los objetivos de su participación, en mutuo acuerdo con la enfermera instrumentista.</p> <p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante explicarán con sus propias palabras en qué consiste su intervención quirúrgica y el tipo de anestesia que le administrará.</p> <p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante identificarán al equipo de salud presente en una intervención quirúrgica.</p> <p>- El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante identificarán los ambientes del Centro Quirúrgico, donde se brinda</p>	4 ^a Transacción	<p>-Plantear los objetivos de mutuo acuerdo (enfermera instrumentista - paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante) encaminados a la reducción del estrés quirúrgico.</p> <p>-Explicar de forma sencilla y clara los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención quirúrgica a la que se someterá el paciente escolar y los beneficios de esta. • El tipo de anestesia que se le administrará al paciente escolar y las probables sensaciones que experimentará. • Mostrar al equipo de salud presente en una intervención quirúrgica (anestesiólogo, enfermera instrumentista, técnica de enfermería y cirujano), el atuendo que visten y explicar las funciones que realizan de forma genérica. • Mostrar los ambientes quirúrgicos (pasillo de la zona no rígida, sala de pre anestesia, quirófano y sala de recuperación) por donde transitará o permanecerá el paciente escolar. 	<p>- Fotos</p> <p>- Camillas del servicio de cirugía pediátrica.</p> <p>- Insumos y materiales de centro quirúrgico</p>

<p>atención al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente quirúrgico escolar realizará la redemonstración de los procedimientos en los que participará en centro quirúrgico. - El paciente quirúrgico escolar y familiar acompañante participarán activamente comentando acerca de la información brindada y manifestando sus inquietudes que pudiera surgir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar y explicar los procedimientos (traslado de la camilla de hospitalización a la de centro quirúrgico, de la camilla de centro quirúrgico a la mesa de operaciones, colocación del gorro quirúrgico, de los electrodos y dedal de pulsoximetría e inhalación del anestésico a través de la mascarilla de ventilación) en los que participará el paciente escolar. • Informar hasta que momento y lugar el familiar acompañante permanecerá con el paciente escolar y el momento en que se separarán, haciendo hincapié en que se volverán a reunir cuando el paciente escolar pase a sala de recuperación, a su despertar. • Explicar al paciente escolar que cuando despierte nos podrá comentar todo lo que experimentó y sintió en esta vivencia. • Comentar la información con el paciente escolar y familiar acompañante, para aclarar cualquier inquietud que pudiera surgir. 	<p>(gorro, electrodos, dedal de pulsoximetría, brazalete de tensiómetro y mascarilla de ventilación).</p>
---	---	---

ANEXO N°04: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, familiar
acompañante del paciente escolar
..... que será intervenido
quirúrgicamente, acepto la participación y colaboración libre y voluntaria
de mi familiar menor de edad y la propia en la realización del trabajo de
investigación: "Interacción enfermera-paciente para la reducción del
estrés en escolares quirúrgicos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides
Carrión 2016", que tiene como objetivo determinar la efectividad de dicha
interacción, el cual me ha sido informado y que será utilizado
exclusivamente con fines de investigación.

Acepto, asimismo, participar en el desarrollo del plan de Interacción
enfermera-paciente para la reducción del estrés en escolares quirúrgicos,
en mi calidad de familiar acompañante el cual durará aproximadamente
40 minutos.

En el caso de requerir información adicional en relación a mis
derechos, así como en caso de injurias relacionadas a esta investigación
acudiré al Comité de ética de investigación biomédica de este hospital.

Fecha:

Firma:

ANEXO N°05: INSTRUMENTO

1er INSTRUMENTO: HOJA DE REGISTRO DE CONTROL DE FUNCIONES VITALES

Apellidos y Nombres del Paciente:

GRUPO: CONTROL () EXPERIMENTAL ()												
N° Pcte.	Pre operatorio mediato (Basal)					Pre inducción anestésica					Post operatorio inmediato	
	PA	PAM	FC	FR		PA	PAM	FC	FR		PA	FR
											PS	PD

Leyenda:

- PA: Presión arterial PS: Presión sistólica PD: Presión diastólica PAM Presión arterial media
- FC: Frecuencia cardíaca FR: Frecuencia respiratoria

2do INSTRUMENTO: LISTA DE COTEJO

Apellidos y Nombres del Paciente:

GRUPO: CONTROL ()		EXPERIMENTAL ()		
SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS		Pre-operatorio mediato (Basal)	Pre- inducción anestésica	Post operatorio inmediato
1. Dolor en la espalda o en el cuello.	Ausente			
	Poco			
	Regular			
	Fuerte			
2. Dolor de cabeza.	Nada			
	Un poco			
	Regular			
	Fuerte			
3. Prurito, escozor en el cuerpo	Nada			
	Un poco			
	Regular			
	Fuerte			
4. Presión en el pecho.	Nada			
	Un poco			
	Regular			
	Fuerte			
5. Dolor de estómago	Nada			
	Un poco			
	Regular			
	Fuerte			
6. Sudor de manos.	Nada			
	Un poco			
	Regular			
	Fuerte			
7. Temor	Nada			
	Un poco			
	Regular			
	Fuerte			

ANEXO N°06: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS QUE MIDEN LAS FUNCIONES VITALES Y VALORAN LOS SINTOMAS DEL ESTRÉS

La hoja de registro que controla las funciones vitales y la lista de cotejo que valora los síntomas del estrés tienen validez de contenido, pues estos instrumentos pasaron por evaluación de 5 jueces expertos, los cuales coincidieron en que todas las preguntas propuestas son favorables para el desarrollo de la investigación y para cumplir con los objetivos planteados.

ÍTEMS	PERTINENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	DIAGNÓSTICO
ÍTEM 1	1	1	1	Aprobado por unanimidad
ÍTEM 2	1	1	1	Aprobado por unanimidad
ÍTEM 3	1	1	1	Aprobado por unanimidad
ÍTEM 4	1	1	1	Aprobado por unanimidad
ÍTEM 5	1	0.8	1	Aprobado por mayoría
ÍTEM 6	1	0.8	0.8	Aprobado por mayoría
ÍTEM 7	1	0.8	0.8	Aprobado por mayoría
ÍTEM 8	1	0.8	0.8	Aprobado por mayoría
ÍTEM 9	1	0.8	0.8	Aprobado por mayoría
ÍTEM 10	1	0.8	0.8	Aprobado por mayoría
ÍTEM 11	1	0.8	0.8	Aprobado por mayoría

ANEXO N°07

Tabla N°2: Dolor de espalda o cuello en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la “Interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés”. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Dolor en la espalda o en el cuello		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre operatorio mediato Basal	Ausente	20	100.00%	17	85.0%	0.072
	Un poco	0	0.00%	3	15.0%	
	Regular	0	0.00%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.00%	0	0.0%	
Pre inducción anestésica	Ausente	20	100.00%	17	85.0%	0.072
	Un poco	0	0.00%	3	15.0%	
	Regular	0	0.00%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.00%	0	0.0%	
Post operatorio inmediato	Ausente	19	95.00%	18	90.0%	0.548
	Un poco	1	5.00%	2	10.0%	
	Regular	0	0.00%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.00%	0	0.0%	
TOTAL		20	100.0%	20	100.0%	

ANEXO N°08

Tabla N°3: Dolor de cabeza en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Dolor de cabeza		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre operatorio mediato Basal	Ausente	14	70.0%	16	80.0%	0.465
	Un poco	6	30.0%	4	20.0%	
	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Pre inducción anestésica	Ausente	20	100.0%	18	90.0%	0.147
	Un poco	0	0.0%	2	10.0%	
	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Post operatorio inmediato	Ausente	20	100.0%	9	45.0%	0.000
	Un poco	0	0.0%	11	55.0%	
	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL		20	100.0%	20	100.0%	

ANEXO N°09

Tabla N°4: Dolor de estómago en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Dolor en el estómago		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre operatorio mediato Basal	Ausente	11	55.0%	14	70.0%	0.186
	Un poco	6	30.0%	6	30.0%	
	Regular	3	15.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Pre inducción anestésica	Ausente	20	100.0%	14	70.0%	0.008
	Un poco	0	0.0%	6	30.0%	
	Regular	0	0.0%	0	00.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Post operatorio inmediato	Ausente	16	80.0%	10	50.0%	0.047
	Un poco	4	20.0%	10	50.0%	
	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL		20	100.0%	20	100.0%	

ANEXO N°10

Tabla N°5: Prurito, escozor en el cuerpo en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés

Prurito, escozor en el cuerpo.		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre	Ausente	8	40.0%	8	40.0%	0.254
operatorio	Un poco	9	45.0%	5	25.0%	
mediato	Regular	3	15.0%	7	35.0%	
Basal	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
	Ausente	12	60.0%	5	25.0%	0.017
Pre inducción	Un poco	8	40.0%	10	50.0%	
anestésica	Regular	0	0.0%	5	25.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Post	Ausente	17	85.0%	9	45.0%	0.008
operatorio	Un poco	3	15.0%	11	55.0%	
inmediato	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
		20	100.0%	20	100.0%	

ANEXO N°011

Tabla N°6: Presión en el pecho en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Presión en el pecho		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre	Ausente	18	90.0%	20	100.0%	0.147
operatorio	Un poco	2	10.0%	0	0.0%	
mediato	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
Basal	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
	Ausente	20	100.0%	20	100.0%	-
Pre inducción	Un poco	0	0.0%	0	0.0%	
anestésica	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Post	Ausente	20	100.0%	20	100.0%	-
operatorio	Un poco	0	0.0%	0	0.0%	
inmediato	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL		20	100.0%	20	100.0%	

ANEXO N°12

Tabla N°7: Sudor de manos en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Sudor de manos		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre operatorio mediato Basal	Ausente	5	25.0%	0	0.0%	0.057
	Un poco	7	35.0%	9	45.0%	
	Regular	8	40.0%	11	55.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Pre inducción anestésica	Ausente	9	45.0%	0	0.0%	0.000
	Un poco	9	45.0%	0	0.0%	
	Regular	2	10.0%	20	100.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
Post operatorio inmediato	Ausente	15	75.0%	0	0.0%	0.000
	Un poco	5	25.0%	20	100.0%	
	Regular	0	0.0%	0	0.0%	
	Fuerte	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL		20	100.0%	20	100.0%	

ANEXO N°13

Tabla N°8: Temor en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

Temor		Grupo				p
		Experimental		Control		
		N	%	N	%	
Pre operatorio mediato Basal	Ausente	0	0,0%	0	0,0%	0,158
	Un poco	2	10,0%	0	0,0%	
	Regular	10	50,0%	15	75,0%	
	Fuerte	8	40,0%	5	25,0%	
Pre inducción anestésica	Ausente	4	20,0%	0	0,0%	0,000
	Un poco	12	60,0%	0	0,0%	
	Regular	4	20,0%	11	55,0%	
	Fuerte	0	0,0%	9	45,0%	
Post operatorio inmediato	Ausente	14	70,0%	0	0,0%	0,000
	Un poco	6	30,0%	11	55,0%	
	Regular	0	0,0%	9	45,0%	
	Fuerte	0	0,0%	0	0,0%	
		20	100,0%	20	100,0%	

ANEXO N°14

Tabla N°9: Presión sistólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

<i>Presión Sistólica</i>	<i>Grupo</i>		<i>Prueba U de Mann-Whitney (p)</i>
	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	
Basal	86.3	86.3	0.972
Pre-inducción	93.0	102.9	0.001
Post Operatorio	91.6	111.0	0.000

ANEXO N°15

Tabla N°10: Presión diastólica en escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

<i>Presión Diastólica</i>	<i>Grupo</i>		<i>Prueba U de Mann-Whitney (p)</i>
	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	
Basal	50.8	51.3	0.601
Pre-inducción	51.4	60.5	0.012
Post Operatorio	55.3	65.8	0.001

ANEXO N°16

Tabla N°11: Frecuencia cardiaca en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

<i>Frecuencia cardiaca</i>	Grupo		<i>Prueba U de Mann-Whitney (p)</i>
	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	
Basal	82.1	81.5	0.589
Pre-inducción	90.1	100.3	0.003
Post Operatorio	87.2	95.9	0.005

ANEXO N°17

Tabla N°12: Frecuencia respiratoria en los escolares quirúrgicos que participaron (grupo experimental) y los que no participaron (grupo control) de la interacción enfermera-paciente para la reducción del estrés, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016

<i>Frecuencia respiratoria</i>	Grupo		<i>Prueba U de Mann-Whitney (p)</i>
	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	
Basal	17.5	17.7	0.844
Pre-inducción	18.4	19.1	0.203
Post operatoria	17.5	19.7	0.004